

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el
climaterio en la Clínica Centenario Peruano Japonesa,
2010**

TESIS

Para optar el grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud

AUTOR

Hugo Florencio Gutiérrez Crespo

ASESOR

Rocio Cornejo

Lima - Perú

2011

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DURANTE EL
CLIMATERIO EN LA CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA 2010**

DEDICATORIA

A lo largo de mi vida, he tenido pocas oportunidades de homenajear a mis seres queridos y al ver culminado tan importante logro quiero dedicárselo muy especialmente a mis padres y hermanos, por que gracias a ellos he logrado alcanzar mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Dr. Juan Matzumura Kasano por ser impulsador en mi desarrollo profesional, sin su apoyo y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

Gracias a la asesoría de la Dra. Rocio Cornejo, por todas sus orientaciones y consejos en procura de realizar la presente tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	XII
----------------	-----

ABSTRACT	XIII
-----------------	------

INTRODUCCIÓN	XIV
---------------------	-----

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1. Origen y definición del problema	1
2. Formulación del problema	3
3. Objetivos del estudio	3
3.1 Objetivo general	3
3.2 Objetivos específicos	2
4. Justificación del estudio	3
5. Marco teórico	4
5.1 Revisión de literatura	4
5.2 Base teórica	7
5.3 Definición operacional de términos	22
6. Hipótesis	23
7. Variables	24

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio	25
2. Área de estudio	25
2.1 Criterios de inclusión	26
2.2 Criterios de exclusión	26
3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.1 Método de recolección de datos	26
3.3 Validación del instrumento	26
3.4 Confiabilidad del instrumento	29
3.5 Prueba piloto	29
4. Población y muestra	30
5. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	30

5.1 Recolección de datos _____	30
5.2 Procesamiento de datos _____	30
5.3 Presentación de datos _____	31
6. Aspectos éticos _____	31

CAPÍTULO III RESULTADOS

1. Resultados _____	32
---------------------	----

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

1. Discusión _____	60
--------------------	----

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones _____	69
2. Recomendaciones _____	70

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

Anexo A. Instrumento: Escala de Puntuación en Menopausia.

Anexo B. Consentimiento informado.

Anexo C. Formato de registro de datos generales.

Anexo D. Juicio de expertos.

Anexo E. Prueba de confiabilidad para La Escala de Puntuación en Menopausia.

Anexo F. Operacionalización de variables.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	
Análisis de consistencia interna para Menopause Rating Scale	28
Tabla 2.	
Características de la población estudiada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	32
Tabla 3.	
Número de hijos (paridad) en las pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	35
Tabla 4.	
Tipos de enfermedades que presentan las pacientes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010 .	35
Tabla 5.	
Distribución de pacientes con respecto al uso de la terapia hormonal y la terapia alternativa en el en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	36
Tabla 6.	
Ítems y dominios de la Escala de Puntuación en Menopausia en pacientes estudiadas en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa.	37
Tabla 7.	
Número de pacientes según síntomas del dominio somático distribuidos por edades en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	38
Tabla 8.	
Número de pacientes según síntomas del dominio psicológico distribuidos por edades en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	42
Tabla 9.	
Distribución de número de pacientes según síntomas del dominio urogenital distribuidos por edades en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	46
Tabla 10.	
Puntaje total de los dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	50

Tabla 11.	
Resultados totales por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	53

Tabla 12.	
Distribución de puntajes obtenidos por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia y la Terapia de reemplazo hormonal en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010	56

Tabla 13.	
Distribución de puntajes obtenidos por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia y la terapia alternativa en pacientes estudias en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010	57

Tabla 14.- Distribución de puntajes obtenidos por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia según enfermedad en pacientes estudias en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	58
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Eje Gonadal en la menopausia _____	9
Gráfico 2. Etapas de manifestaciones vasomotoras según STRAW _____	13
Gráfico 3. Etapas del climaterio _____	15
Gráfico 4. Identificación de modelos conceptuales de calidad de vida _____	21
Gráfico 5. Distribución de pacientes por grupos de edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____	33
Gráfico 6. Distribución de pacientes según estado civil en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____	33
Gráfico 7. Distribución de pacientes según nivel de educación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____	34
Gráfico 8. Distribución de pacientes según ocupación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010 _____	34
Gráfico 9. Número de pacientes y su relación con la presencia de bochornos, sudoración y calores de acuerdo a edad de pacientes a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____	39
Gráfico 10. Número de pacientes y su relación con la presencia de molestias al corazón de acuerdo a edad de pacientes a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____	39
Gráfico 11. Número de pacientes y su relación con la presencia de dificultades del sueño de acuerdo a edad de pacientes a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____	40

Gráfico 12.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de molestias musculares y articulares de acuerdo a edad de pacientes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	40
Gráfico 13.	
Puntaje obtenido en el dominio somático de acuerdo a edad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	41
Gráfico 14.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de estado de ánimo depresivo de acuerdo a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	43
Gráfico 15.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de irritabilidad de acuerdo a edad de pacientes a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	43
Gráfico 16.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de ansiedad de acuerdo a edad de pacientes a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	44
Gráfico 17	
Número de pacientes y su relación con la presencia de cansancio físico y mental de acuerdo a edad de pacientes a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	44
Gráfico 18.	
Puntaje obtenido en el dominio psicológico de acuerdo a edad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	45
Gráfico 19.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de problemas sexuales de acuerdo a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	47
Gráfico 20.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de problemas con la orina de acuerdo a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	47
Gráfico 21.	
Número de pacientes y su relación con la presencia de sequedad vaginal de acuerdo a edad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.	48

Gráfico 22.

Puntaje obtenido en el dominio urogenital de acuerdo a edad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 49

Gráfico 23.

Distribución de puntaje total según la edad de las pacientes mediante la Escala de Puntuación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 51

Gráfico 24. Distribución total por dominios de acuerdo a los puntajes obtenidos por cada dominio en pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 52

Gráfico 25.

Distribución de porcentajes de pacientes que se encuentran severamente afectadas su calidad de vida, según Escala de Puntuación en Menopausia en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010 _____ 52

Gráfico 26.

Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje del dominio somático en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 54

Gráfico 27.

Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje del dominio psicológico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 54

Gráfico 28.

Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje del dominio urogenital en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 55

Gráfico 29.

Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje total en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010. _____ 55

RESUMEN

El climaterio es considerado una etapa importante en la vida de las mujeres, donde suceden diversos cambios fisiológicos, actualmente existe el interés por evaluar los diversos síntomas empleando diversos instrumentos en todo el mundo. Por ello se realizó un estudio cuantitativo de nivel aplicativo, descriptivo, analítico y prospectivo de corte transversal a 396 pacientes cuyas edades era ≥ 40 años, cuyo objetivo fue analizar las principales modificaciones que afectan la calidad de vida en la mujer durante el climaterio; realizado en consultorios del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Se incluyeron a todas las pacientes ≥ 40 años, y excluyeron a pacientes con embarazo confirmado, analfabeta, trastornos serios de visión.

Se utilizó el instrumento de Escala de Puntuación en Menopausia, compuesto de 11 preguntas agrupadas por el dominio somático, psicológico y urogenital; desarrollado por Heinemann y col. Se define como compromiso severo de la calidad de vida al puntaje total superior a 16 puntos, superior a 8 puntos para el dominio somático, 6 puntos para el dominio psicológico y 3 puntos para el dominio urogenital. Los resultados muestran que 126 pacientes (31.8%) tiene un deterioro severo de su calidad de vida, siendo el dominio urogenital el más afectado con una puntuación media de 3.3 ± 2.9 , en un total de 154 pacientes (38.9%). La edad y la presencia de alguna enfermedad influyen en el deterioro de la calidad de vida. Se recomienda realizar estudios para evaluar beneficios de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres durante el climaterio.

Palabras claves: Calidad de vida, Climaterio, Escala de Puntuación en Menopausia.

ABSTRACT

The Climacteric is considered an important stage in the lives of women, where many physiological changes occur. There is currently interest in evaluating the various symptoms using several instruments around the world.

Therefore, application-level quantitative, descriptive, analytical prospective cross-sectional of 396 patients whose ages were more than 40 years, aimed at analyzing the main changes that affects the quality of life of women during menopause, performed in consultation offices of Gynaecology and Obstetrics in the Clínica Centenario Peruano Japonesa. We included all patients of ages more than 40 years old and excluded patients with confirmed pregnancy, illiteracy and serious eyesight disorders.

The method used in this study was the Menopausal Rating Scale, consisting of 11 questions sorted by somatic, psychological and urogenital areas, developed by Heinemann et al. It is defined as a severe compromise of the quality of life to a score over 16 points, 8 points for the somatic area, 6 points for the psychological domain and 3 points for the urogenital domain. The results show that 126 patients (31.8%) have a severe impairment of their quality of life, being the urogenital domain the most affected with an average score of 3.3 ± 2.9 , from a total of 154 patients (38.9%). The age and the presence of any disease affect the deterioration of the quality of life. Studies are recommended to assess the benefits of hormone replacement therapy in women during climacteric.

Key words: Quality of life, Climacteric, Menopause Rating Scale

INTRODUCCIÓN

Actualmente el climaterio es considerado una etapa muy importante de la vida de la mujer, es el espacio vital que sigue al periodo reproductivo. El climaterio está lleno de cambios biológicos y psicológicos, que definitivamente no señalan el final de la vida. El climaterio lleva en su interior a la menopausia que es la última menstruación, evento natural y fisiológico, que desafortunadamente ha sido utilizado por muchos años como herramienta para marginar a la mujer.

Los cambios naturales se han interpretado en ocasiones de forma errónea al considerarlos equivalente a enfermedad. Las hormonas femeninas, tanto el estrógeno como la progesterona son importantes, valiosas e imprescindibles durante el período reproductivo, su carencia puede colocar en evidencia algunos síntomas o alternaciones que pueden obligar a la suplencia mediante la terapia de reemplazo hormonal.

El climaterio es una etapa que se puede hacer rica en vivencias y en experiencias, si la mujer adquiere el conocimiento y el dominio relacionado con los cambios que experimenta, puede seguir disfrutando de su cuerpo y de su espíritu con todas las dimensiones y proyecciones que ella desee. También es cierto que el climaterio femenino conlleva a cambios biológicos, psicológicos y sociales que han sido relacionados directamente con una disminución de la calidad de vida, este deterioro progresivo ha sido estudiado por varios investigadores utilizando diversos instrumentos diseñados para evaluar la calidad de vida, como los estudios realizados por Sócrates Aedo y Del Pardo Mónica, en diversos establecimientos de salud en Chile.

La calidad de vida relacionada con la salud puede conceptualizarse como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los sucesos que una persona puede presentar como consecuencia psíquica, física y biológica o de una enfermedad o tratamiento. Evaluar y conocer la influencia que ejerce el climaterio en la calidad de vida de la mujer y como las mujeres perciben estas alteraciones, siendo determinante para la toma de

decisiones terapéuticas y al mismo tiempo conocer los beneficios de la terapia hormonal y otros tratamientos complementarios y alternativos.

Desde hace varios años se viene desarrollando gran número de instrumentos que, en forma de cuestionarios, intentan asignar un valor a ese concepto abstracto y subjetivo. En general, los instrumentos para medir la calidad de vida se pueden clasificar en instrumentos genéricos que son aquellos que miden múltiples áreas o dominios, tales como el funcionamiento físico, social y mental, y que son aplicables a todos los individuos, independientemente de la patología que les afecte y en instrumentos específicos que son los que miden el funcionamiento del paciente en una o varias áreas y se caracterizan por prestar especial atención a aquellos síntomas o problemas propios de una enfermedad concreta y a aquellas áreas que se consideran más afectadas, siendo sólo aplicables a pacientes específicos.

Actualmente se dispone de diversos cuestionarios para medir calidad de vida, y gracias a ellos, se ha logrado utilizar la calidad de vida en la práctica clínica como un instrumento más de evaluación. Son muchas las situaciones clínicas en las que, desde hace tiempo, se viene utilizando la calidad de vida; como por ejemplo la evaluación de las repercusiones que tiene una enfermedad, o simplemente un cambio fisiológico, sobre la vida de los pacientes, para estudiar el impacto de una determinada actuación terapéutica comparando antes y el después, o para valorar la forma más correcta cada caso, permitiéndonos mejorar la comunicación médico-paciente, ayudando a elegir el tipo de ayuda o tratamiento más adecuado y mejorado, de este modo, el cumplimiento terapéutico. Incluso en el campo de la investigación clínica, la posibilidad de medir la calidad de vida ha hecho que ésta se convierta en un objetivo casi imprescindible en la mayoría de los estudios científicos.

Por ello el presente estudio describe de alguna manera las diversas modificaciones que presenta la mujer durante la etapa del climaterio, mediante la aplicación de un instrumento de demostrada confiabilidad y con consistencia científica.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. Origen y definición del problema

El concepto de calidad de vida ha evolucionado desde una concepción sociológica hacia una perspectiva psico-socio-cultural. Ambas posiciones se unen en la definición de calidad de vida sostenida por la Organización Mundial de la Salud como la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos expectativas, normas y preocupaciones. Se valora en función de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. La autodeterminación tiene un lugar principal en este concepto.

La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida es ampliamente reconocida. La OMS definió 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida: la física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Cuando una enfermedad afecta a un individuo el deterioro no sólo lo compromete física o emocionalmente sino que también puede modificar su capacidad económica, las relaciones con su entorno, sus valores religiosos o políticos. Así surgió la necesidad de componer el término de “calidad de vida relacionada con la salud”, que ha sido definido como “el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud. Mediante él se evalúa el impacto de la enfermedad, condición o trastorno en la vida de la persona. Para comprender qué repercusión tiene y cuáles son los aspectos involucrados, las evaluaciones físicas son insuficientes. Este enfoque aplicado en la medicina, resalta la relevancia de la práctica centrada en las necesidades del paciente.

Hace varias décadas, los profesionales de la salud han manifestado un creciente interés por evaluar no sólo los parámetros clínicos sino también otros que, en forma global, indican cómo perciben su situación los pacientes y cómo dicha percepción interfiere en todos los ámbitos de su vida. De este interés nace el concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Por ello desde hace muchos años se viene desarrollando gran número de instrumentos que, en forma de cuestionarios, intentan asignar un valor a ese concepto abstracto y subjetivo.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios diseñados para evaluar los diversos cambios en relación a la calidad de vida de la mujer climatérica han tenido como principal objetivo evaluar el efecto que sobre ellas tienen el tratamiento hormonal, sin embargo, son muy pocos los estudios sobre los cambios que se presentan durante este periodo y como las afecta en su calidad de vida, no tiene una definición precisa y una medida exacta. Esto ha dado lugar a confusiones y conclusiones engañosas, de allí que se hace necesario aplicar un cuestionario diseñado para tal fin, y conocer así el impacto que ciertos cambios tienen sobre ella. La Escala de Evaluación en Menopausia llena un vacío importante para su conocimiento en la mujer climatérica y post menopáusica peruana. Mediante este estudio se trato de conocer si la transición durante toda la etapa del climaterio afecta realmente la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

En América Latina el tratamiento de esta temática ha sido escasa y podríamos situar en la década del 90, el inicio del estudio con una perspectiva sociocultural. Los reducidos datos de los países latinoamericanos no permiten hacer muchas inferencias y queda planteada la cuestión referida a la similitud de los síntomas, creencias y actitudes que se producen en las poblaciones caucásicas de los países desarrollados con respecto a los países de la región.

En nuestro país existen pocas investigaciones orientadas a evaluar y /o medir la calidad de vida de la mujer durante el climaterio, las publicaciones e investigaciones realizadas en diferentes países del mundo, señalan que existen diversos instrumentos para ese fin, pero que son elaborados para evaluar calidad de vida en poblaciones europeas y norteamericanas.

Por todo lo anterior descrito, se eligió estudiar la variable de calidad de vida de las mujeres durante el climaterio, en una institución de salud del sector privado como la Clínica Centenario Peruano, ubicado en la ciudad de Lima.

2. Formulación del Problema

¿Cuales son las principales modificaciones; somáticas, psicológicas y urogenitales que afectan la calidad de vida durante el climaterio en la mujer ≥ 40 años en la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010?

3. Objetivos del estudio

3.1 Objetivo General

Analizar las principales modificaciones que afectan la calidad de vida en la mujer durante el climaterio.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Identificar las modificaciones somáticas, psicológicas y urogenitales que afectan la calidad de vida.

3.2.2 Identificar el dominio más afectado en la evaluación de calidad de vida de la mujer durante el climaterio.

3.2.3 Identificar qué factores intervienen en el deterioro de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio.

4. Justificación del estudio

La presente investigación orientó su justificación en tres elementos importantes a analizar; la primera referida a las estimaciones epidemiológicas y demográficas; que según las proyecciones de población para el año 2025 habría 52 personas mayores de 60 años de edad por cada 100 menores de 15 años de edad, esto significa que esta población requerirá un atención especializada para atender los problemas que se

presentan durante esta edad como es el climaterio, constituyéndose en un problema de salud pública^{1,2,3}.

El segundo elemento analizado, se sustentó en atender los síntomas precoces y/o de corto plazo, como son los síntomas vasomotores. Estas primeras manifestaciones en la actualidad constituyen el primer motivo de consulta en los diferentes establecimientos de salud del estado y del sector privado, que muchas veces no es atendido oportunamente o en otros casos no se le otorga de debida importancia⁴.

Y el tercer elemento a analizar; son los instrumentos que en la actualidad existen para medir la calidad de vida, hasta la fecha aun no están estandarizados y/o validados para ser implementados en una población como la nuestra. Existen en la literatura diferentes propuestas como: el Women Health Questionnaire (WHQ), la escala de Greene, la Menopausal Symptoms list, Menopause Rating Scale (MRS), Uthian Menopause Quality of Life Scale (UMQLS), The Menopause Specific Quality of life (MEQOL) y la Escala de Cervantes presentada en febrero 2003, con estos elementos antes descrito se considero importante el desarrollo de esta investigación^{5,6}.

5. Marco teórico

El propósito del marco conceptual es proporcionar un sistema coordinado y coherente de conceptos y argumentos científicos que permitirán un mejor abordaje del problema, es decir integrando la presente investigación dentro de un contexto de la especialidad de ginecología dedicada al estudio de la mujer durante el climaterio, para lo cual se incorporó investigaciones y datos relevantes estudiados previamente, los mismos que son presentados en el siguiente orden de modo tal que resulten útiles en la presente investigación.

5.1 Revisión de literatura

Un estudio elaborado por Sócrates Aedo; Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población Chilena de mujeres saludables, publicado en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2006; cuyo objetivo inicial era aplicar una versión Chilena de la Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating

Scale) para evaluar calidad de vida de mujeres climatéricas. Para ello se aplicó una versión chilena de la Escala de Puntuación en Menopausia a mujeres de 45-64 años, conformando dos grupos de estudio: el grupo 1: concurrentes a controles preventivos de salud y el grupo 2: concurrentes a ginecología ⁷. En este estudio se identificaron 3 dominios de contenidos (psicológico, somático y urogenital). El estudio demostró que ambos grupos informaron puntajes que orientan a un deterioro de la calidad de vida en relación al climaterio, estando afectado significativamente el grupo 2. Esta investigación a cargo de Sócrates Aedo concluye que la versión Chilena de la Escala de Puntuación en Menopausia es metodológicamente comparable con la versión original de Heinemann y permitió evaluar la calidad de vida en relación al climaterio.
^{8,9,10}.

Un estudio realizado por Rodríguez Carlos.”Estado de bienestar existencial de mujeres climatéricas y menopáusicas”, publicado en la Revista Iberoamericana de Revisiones en Menopausia en noviembre 2000: presentó un estudio prospectivo desarrollado entre mayo 1998 a septiembre 1999, donde se evalúan los síntomas y signos más comunes que se manifiestan en este lapso existencial y que alteran la calidad de vida de la mujer. Se utilizó un software desarrollado según estándares internacionales sobre la aplicación de ordenadores a la medicina. Asimismo se incorporó una innovación semiológica al hacer que la paciente se autoevaluó, según los parámetros explicados, como mujer, esposa, madre y abuela. Los resultados obtenidos sobre los síntomas y los signos evidencian diferencias lógicas en las cifras obtenidas en otros servicios y países, pero los síntomas y signos son comunes, aunque no se encuentran estudios similares sobre la auto evaluación de las pacientes ¹¹. Este estudio permitió observar una tendencia a autoevaluarse más como esposa, madre y abuela que como mujer. Por tanto, el climaterio y la menopausia constituyen un problema de salud pública que merece manejarse optimizando los recursos de cada país.

El estudio realizado por Palacios Santiago y colaboradores: Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes, presentados durante el 10th World Congress on the Menopause, celebrado en Berlín de 2002. El Profesor Santiago Palacios comentó que existen numerosos cuestionarios para medir la

calidad de vida relacionada con la salud, pero muy pocos son específicos para la menopausia¹². El objetivo del estudio fue diseñar y validar una escala específica para la menopausia en la mujer española, la Escala Cervantes, original en castellano y adaptada a nuestro medio.

Es un estudio transversal constaba de una fase piloto, construcción del cuestionario, validación y fiabilidad test-retest. Para la validación se utilizó una muestra de 2.274 mujeres de la población española ponderada por grupos de edad y nivel de estudios. La consistencia interna se valoró mediante el coeficiente * de Cronbach. Resultados: La escala definitiva constaba de 31 preguntas (distribuidos en las dimensiones menopausia y salud, con 15 preguntas que incluían sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento; sexualidad, con 4 preguntas; relación de pareja, con 3 preguntas, y dominio psíquico, con 9 preguntas). La Escala de Cervantes es corta, fácil de aplicar (unos 7 minutos), tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 155 (de mejor a peor calidad de vida) y permite comparar el resultado con mujeres más jóvenes o de la misma edad. Las conclusiones señalan que la Escala de Cervantes forma parte de una nueva generación de instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud específicos para la menopausia. Su ámbito de aplicación fué la población femenina española de entre 45 y 64 años de edad¹³.

Otra de investigación importante de destacar, es el estudio de Téxon-Fernández Abulia, que realizó un estudio denominado: Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo, desarrollado en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz. Es un estudio transversal analítico cuyo objetivo era comparar la calidad de vida de la mujer climatérica con y sin terapia hormonal de reemplazo. Donde fueron seleccionadas 102 mujeres entre 40 y 60 años de edad. Se formaron dos grupos: uno de 51 mujeres que iniciaron terapia hormonal de reemplazo en el año anterior a este estudio, y otro de 51 mujeres que no recibían terapia hormonal de reemplazo. A cada mujer se le aplicó el instrumento de medición de calidad de vida coop/ wonca y un cuestionario complementario sobre el periodo de climaterio y menopausia. El análisis estadístico se realizó con χ^2 . Resultados: el estado de salud y la vida sexual mejoró notablemente en las mujeres con terapia hormonal de reemplazo (30 versus 19, $p = 0.007$; y 40 versus 30, $p = 0.04$, respectivamente). Cabe señalar que no se

encontraron diferencias significativas en seis de las siete dimensiones del instrumento. La autora concluye enunciando: que la terapia hormonal de reemplazo no incide en todos los aspectos de la calidad de vida de una mujer en periodo de climaterio y menopausia¹⁴.

Otro estudio es el realizado por Del Pardo, Mónica y Fuenzalida, Andrea, denominado: Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale), Es un estudio descriptivo de corte transversal cuya duración fue de 4 meses y realizado en los Centros de Salud de asistencia pública de Santiago (Chile). El objetivo era evaluar la calidad de vida y factores que influyen en las mujeres de 40 a 59 años. Material y métodos: La Escala de Puntuación en Menopausia (MRS) se aplicó a 370 mujeres sanas de 49 años \pm 6 años, que acompañaban a los pacientes a los hospitales públicos de Santiago. Sus resultados muestran que el 44% de las mujeres eran posmenopáusicas y el 6% utiliza la terapia de reemplazo hormonal. La mitad del grupo tenía menos de 12 años de educación formal y el 67% tenía una pareja. El número medio de hijos fue de $2,8 \pm 1,5$. La puntuación total fue de $16,2 \pm 8,5$. La puntuación más alta fue dominio psicológico ($7,7 \pm 4,4$), seguido por el dominio somático ($5,8 \pm 3,5$) y el dominio urogenital tuvo la puntuación más baja ($2,7 \pm 2,9$). El 80% de las mujeres había referido los síntomas climatéricos de modo moderado y severo. Un análisis de regresión logística mostró que la condición posmenopáusicas fue el factor que ocasionó el mayor alteración en la calidad de vida, seguida por su paridad. La educación formal tuvo el menor impacto. Concluyendo: que en la muestra de mujeres estudiadas, la menopausia se deterioró significativamente la calidad de vida y factores socioculturales, como la paridad también tuvo un impacto¹⁵.

5.2 Base teórica

5.2.1 Aspectos endocrinológicos:

El número de folículos presentes en el ovario declina durante toda la vida. No obstante, muchos años después de la menopausia hay algunos folículos en el ovario, aunque son poco sensibles y no responden al estímulo gonadotrópico. Durante el ciclo menstrual varios folículos mueren por el proceso de atresia y generalmente sólo uno se desarrolla y produce la ovulación. Se produce un proceso de selección

biológica y los folículos más sensibles a la estimulación de la FSH se desarrollan a edades más tempranas. Por tanto, entre los 40 y 50 años la población de folículos remanentes es menos sensible a la FSH.

Cambios neurosecretorios:

No se puede descartar la existencia de alteraciones en la respuesta neuroendocrina hipotálamo-hipofisaria en la menopausia, pues en la posmenopausia los niveles de hormona del crecimiento humana (hGH) y de factor de crecimiento con acción similar a la insulina I (IGF-I) son menores y responden menos a la hormona liberadora de la hormona del crecimiento humana (hGH-RH). Estas alteraciones pueden explicarse por una hiperactividad somatostatinérgica. Los estrógenos modulan la acción y el nivel de la β -endorfina, un neuropéptido involucrado en varias funciones cerebrales que regulan el eje gonadal y los cambios en la conducta. En la mujer posmenopáusica, disminuyen los niveles de β -endorfina y sus niveles no aumentan con la sobrecarga oral de glucosa, como sucede en la mujer premenopáusica. Estos hechos sugieren la participación estrogénica en la liberación de β -endorfina. La menopausia se asocia a una disminución de la secreción de melatonina, hormona que se ha relacionado con cambios en los niveles de gonadotropinas. Sin embargo, no se conoce con exactitud la relación funcional de la melatonina con la ovulación, la menstruación y ni con la menopausia¹⁴.

Secreción de gonadotropinas hipofisarias:

La secreción posmenopáusica de FSH y de LH se mantiene bajo el control de los niveles de esteroides sexuales circulantes, producidos en los ovarios, en las suprarrenales y en el tejido periférico (gráfico 1). El aumento de FSH y la disminución de E2 y de inhibina son los principales cambios hormonales asociados con el período transicional de la menopausia. Al cesar la ovulación, las concentraciones de LH y FSH aumentan y permanecen elevadas durante todo el resto de la vida.

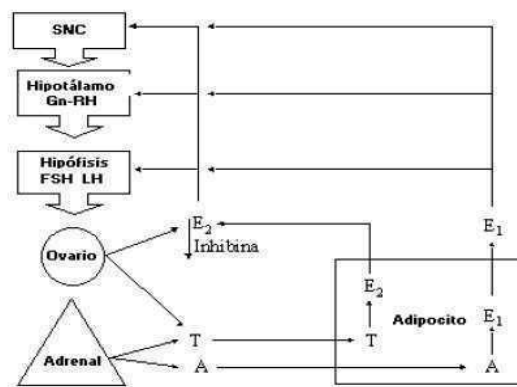


Gráfico 1. Eje gonadal en la menopausia. En la menopausia disminuye la secreción ovárica de E2 y de inhibina, lo que aumenta la secreción de gonadotropinas. El principal estrógeno circulante es la E1, que se forma principalmente en el tejido adiposo a partir de la A secretada por la suprarrenal. A: androstenodiona. E1: estrona. E2: estradiol. FSH: hormona foliculoestimulante. Gn-RH: hormona liberadora de gonadotropinas. LH: hormona luteinizante. T: testosterona.
Fuente: Hung Santiago, Endocrinología en Ginecología 2006.

La hipersecreción sostenida de las gonadotropinas en el estado posmenopáusico tiene una proporción diferente de la relación FSH/LH, ya que la FSH aumenta más que la LH y determina que la relación FSH/LH sea francamente mayor de 1. Esta proporción difiere de la que se halla después de la estimulación con la hormona liberadora de gonadotropinas (Gn-RH), en las mujeres pre o posmenopáusicas, que produce un marcado aumento de la LH y menor de la FSH. Estas diferencias son consecuencias de alteraciones hipotalámicas y/o de la respuesta hipofisaria. El inicio del período perimenopáusico se caracteriza por elevaciones transitorias de los siguientes eventos:

a.- Neurosecretorios:

Disminuyen los niveles de hGH, de IGF-1 y su respuesta a la hGH-RH.

Disminuye la β -endorfina y no aumentan sus niveles con la sobrecarga oral de glucosa.

Disminución de los niveles de melatonina.

b.- Secreción de gonadotropinas hipofisarias:

La FSH comienza a aumentar 5 años antes del cese de la menstruación, con un incremento brusco unos 6 meses antes. Termina su incremento 2-3 años después y comienza un ligero descenso en el 4to año postmenopáusico.

La LH tiene un comportamiento similar a la FSH, pero termina su incremento 1 año después de la menopausia y luego inicia un continuo decrecimiento durante 8 años.

Cesa el patrón cíclico de la FSH y de la LH. Aumenta la relación $FSH/LH > 1$.

c.- Secreción de hormonas esteroideas sexuales:

Disminuye secreción ovárica del E2 e inhibina.

Aumenta la conversión de A en E1 en el tejido Adiposo.

Aumenta la relación E1/E2.

Ligero descenso de la T, de la A y de la SBG.

Disminución de los niveles de P.

d.- Metabolismo del calcio, vitamina D y masa ósea:

Disminuye la síntesis de los metabolitos activos de la vitamina D.

Disminuye la reabsorción intestinal de Ca²⁺.

Aumenta la secreción de PTH y la movilización del Ca²⁺ óseo, que se elimina por la orina.

Recambio acelerado del hueso con un aumento de la reabsorción ósea.

Aumenta el umbral de remodelación ósea.

d.- Lipoproteínas plasmáticas:

Disminuye la HDL-colesterol

Aumentan los triglicéridos, colesterol total, VLDL-colesterol y la relación VLDL + LDL/ HDL

e.- Reactividad vascular:

Aumenta el efecto vasoconstrictor de la norepinefrina la FSH aproximadamente 5 años antes del cese de la menstruación, se produce un aumento significativo en los niveles de FSH y de LH. Este aumento es más intenso unos 6 meses antes de establecerse la amenorrea. El incremento de la LH culmina dentro del primer año y el de la FSH dentro del segundo o tercer año posmenopáusico. Con posterioridad, se produce un continuo decrecimiento de la LH durante los siguientes 8 años, mientras que la FSH tiene un ligero descenso que comienza a los 4 años de posmenopausia.

f.- Secreción de hormonas esteroideas sexuales:

Hay una disminución marcada de los niveles de estrógenos, más pronunciada del E2, seis meses alrededor de la menopausia. Durante los tres años siguientes, hay una nueva disminución moderada y similar del E2 y de la estrona (E1). La relación E1/E2 aumenta, reflejando la disminución de los estrógenos foliculares y el aumento de la aromatización en el tejido periférico. Con la menopausia, los niveles de testosterona (T), de androstenodiona (A) y de la globulina transportadora de sexoesteroides (SBG), tienen un ligero descenso y luego permanecen constante los próximos 5 años

En el período perimenopáusico, aumenta la frecuencia de la fase lútea inadecuada y los ciclos menstruales anovulatorio. En los años posmenopáusicos, se establece la amenorrea, y los niveles de E2 y de progesterona (P) son invariablemente bajos, pero el ovario no está totalmente desprovisto de la capacidad de secretar esteroides. El ovario posmenopáusico produce dehidroepiandrosterona (DHEA), A, T y E1, aunque la actividad de aromatización folicular es mínima y casi no se secreta E2. Su contribución a la cantidad total circulante de T, A y DHEA es mayor que su contribución a la concentración de estrógenos circulantes. Sin embargo, algunas pacientes posmenopáusicas tienen niveles de E2 mayor que 50 pg/mL en la sangre venosa ovárica. Por otra parte, la adrenal secreta T, A y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS). La producción diaria de A es de 2 a 4 mg y más del 95 % de la misma se secreta por las suprarrenales. Aproximadamente, el 1 a 2 % de los 2 a 4 mg de A que se producen diariamente se convierte en E1 en el tejido periférico. El resultado de este proceso es una producción diaria de 35 a 40 µg de E1.

El principal estrógeno circulante en el período premenopáusico es el E2. Por el contrario, la E1 es el principal estrógeno posmenopáusico y se forma casi exclusivamente por aromatización de la A en los tejidos periféricos, principalmente en el tejido adiposo y el muscular. La edad y sobre todo la obesidad, aumentan la conversión de A en E1 en el tejido periférico. Estos dos factores parecen aumentar la frecuencia de carcinoma endometrial en mujeres posmenopáusicas. Las mujeres muy obesas pueden llegar a producir 150 a 200 mg diarios de E1, con un porcentaje de conversión de la A en E1 del 11 %. La conversión también aumenta en mujeres con cirrosis hepática.

5.2.2 Aspectos fisiológicos:

Actualmente se sabe que la transición del período reproductivo al no reproductivo en la vida de la mujer se inicia unos 10 a 15 años antes del cese definitivo de las menstruaciones, es decir, alrededor de los 35 años. A partir de esta edad pueden comenzar los cambios en la producción de hormonas ováricas que finalizan, una vez agotada la reserva folicular, con la menopausia ¹⁷.

El principal cambio hormonal en la etapa de transición (perimenopausia) es el aumento progresivo de la hormona foliculoestimulante (FSH). Estos niveles elevados de FSH obedecen a una considerable disminución en la producción de inhibina por

las células de la granulosa de los folículos ováricos y también a una respuesta inadecuada de los folículos a la hormona hipofisiaria, la cual aumenta compensatoriamente su producción y así dando lugar a lo que se ha denominado hiperestimulación ovárica endógena de la perimenopausia.

Los niveles circulantes de hormona luteinizante (LH) suelen permanecer normales hasta la menopausia o cerca de su instalación, época en la cual alcanzan su máximo de una forma más rápida, para estabilizarse a partir del año de la última menstruación. En la postmenopausia alejada los valores de ambas gonadotropinas sufren gradualmente una moderada disminución.

La producción de progesterona durante la perimenopausia desciende progresivamente pero puede alcanzar picos de producción normal que revelan la ocasional existencia de ciclos ovulatorios lo cual no permite excluir totalmente la posibilidad del embarazo hasta que pasen 12 meses de la última menstruación. La relación estradiol/estrón mayor a 1 de la perimenopausia se invierte en la postmenopausia en la cual la estrón es el principal estrógeno circulante. Esta hormona deriva primariamente de la aromatización periférica de la androstenediona en tejidos periféricos como el tejido adiposo y el músculo y secundariamente de una pequeña secreción ovárica y adrenal.

Durante la perimenopausia los niveles de estrógenos en general y de estradiol en particular, fluctúan entre valores bajos, normales o incluso elevados, hasta los 6-12 meses previos a la última menstruación cuando empiezan su descenso definitivo. Esto se debe a los niveles elevados de FSH que estimulan al ovario para seguir produciendo estrógenos durante esta etapa, lo cual es posible gracias a que la producción de inhibina es insuficiente para impedir la liberación de FSH. De esta forma se puede mantener la maduración folicular e incluso la capacidad de ovulación, hasta el agotamiento de los folículos ováricos. La inhibina, por lo tanto, parece ser el principal factor regulador de la liberación de FSH a través de un sistema de retrocontrol negativo sobre la hipófisis. Aunque la disminución de inhibina se inicia hacia los 35 años, su descenso se acentúa hacia los 40 años¹⁵.

Es importante tener en cuenta que en esta época, pueden darse tanto periodos de hiperestrogenismo, como de hipoestrogenismo y esto explica, en el primer caso, la aparición de síntomas como tensión mamaria, mastalgia, sangrado uterino irregular, retención de líquidos, irritabilidad, cefaleas, mientras que los niveles descendentes de estradiol se asocian con sofocos, decaimiento y síntomas del tracto genital inferior. También este hiperestrogenismo fisiológico de la perimenopausia puede contribuir al desarrollo de ciertas patologías estrógeno dependientes como miomas, endometriosis, pólipos e hiperplasia endometrial, cuya incidencia y sintomatología aumenta en esta época de la vida^{18,19} (gráfico 2).

Periodo menstrual final (PMF)									
Etapas	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	
Terminología	Reproductiva			Transición a la menopausia			Posmenopausia		
	Temprana	Pico	Tardia	Temprana	Tardia*		Temprana*	Tardia*	
	Perimenopausia								
Duración de la etapa	variable			variable			(a) 1 año	(b) 4 años	Hasta la desaparición
Ciclos menstruales	variable a regular	regular		Duración variable del ciclo (>7 días diferente de lo normal)	≥ 2 ciclos salteados y un intervalo de amenorrea (≥ 60 días)		Amenorrea por 12 meses	ninguno	
Endocrino	FSH normal		↑ FSH	↑ FSH			↑ FSH		

* Es más probable que en estas etapas se manifiesten síntomas vasomotores.
Fuente: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), Menopause, 2001.

Gráfico 2. Etapas de manifestaciones vasomotoras según STRAW, Menopause, 2001.

Las fuentes de andrógenos en la mujer son los ovarios, la glándula suprarrenal y ciertos tejidos no endocrinos (piel, grasa, cerebro e hígado) a partir de precursores circulantes en sangre. En la postmenopausia el ovario continúa produciendo andrógenos, contribuyendo con aproximadamente el 50% de la testosterona circulante y con esa escasa cantidad de androstenediona y dehidroepiandrosterona (DHEA). Las suprarrenales producen DHEA y su sulfato (DHEAS), además de testosterona y androstenediona. El resto de los andrógenos circulantes provienen de la conversión periférica de la DHEA y de la DHEAS en Androstenediona, la cual a su vez es convertida en testosterona. Los niveles de testosterona, DHEA y DHEAS comienzan a disminuir antes de la menopausia, a partir de la 3º-4º década de la vida. Tras la menopausia los niveles de andrógenos disminuyen, siendo en las mujeres con menopausia natural inferiores a los de la fase folicular de una mujer premenopáusica. En las mujeres con menopausia quirúrgica, los niveles de andrógenos son evidentemente menores que en las mujeres con menopausia natural²⁰. En el caso de

la dihidrotestosterona, ésta tampoco parece afectarse por la edad ni por la menopausia. En cuanto al metabolismo de los andrógenos es el envejecimiento, más que la disfunción ovárica, lo que influye en el mismo. Un ejemplo es el aumento, que ocurre con la edad, de la aromatización periférica de la DHEA, testosterona y androstenediona a estrona lo cual, en mujeres con sobrepeso y más aún, en las obesas pueden crear un estado de hiperestrogenismo favorecedor de procesos de hiperplasia y cáncer endometrial.

Ovario: Hacia los 40 a 45 años éste va perdiendo su capacidad de ovular y entra de nuevo, lo mismo que antes de la nubilidad, en una fase de ciclos anovulatorios fisiológicos. Pero al mismo tiempo, los primordios son cada vez más escasos. El cómo de los casi 2 millones de primordios que tiene el feto de 5 meses y de los casi 1 millón que tiene la recién nacida se pasa a cero, se debe, no a las sucesivas ovulaciones, que son lo de menos, sino al fenómeno de atresia. Después de los 35 años de edad, el ovario disminuye de tamaño y peso y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en degeneración. La atresia se hace cada vez más intensa cuando el ovario envejece; y llega un momento en que, faltando los elementos básicos del ciclo, que son los folículos primordiales o primordios, el ciclo se termina. Así el ovario de la climatérica, más que un ovario sin secreción es un ovario sin ciclo. Al no madurar folículos, no hay estrógenos ni inhibina y al no formarse cuerpos amarillos, no hay progesterona. Pero el tejido intersticial, fibroso, sigue siendo muy abundante y, excitado por la LH que ahora está aumentado, forma andrógenos. Así, el ovario climatérico deja de formar estradiol y progesterona, pero forma testosterona y androstendiona²¹.

Hipófisis: La falta de feedback estrogénico a través del hipotálamo, dispara la hipófisis con aumento de FSH y LH. El primero es más precoz, pero luego se igualan. La elevación de los niveles de FSH constituye uno de los primeros signos del envejecimiento de la función reproductiva en el ser humano; el aumento de ambas caracterizan el estadio hipergonadotrópico propio de la posmenopausia. No hay referencias en la literatura acerca del valor del índice LH/FSH durante el climaterio. No hay tampoco consenso en cuanto al efecto del climaterio sobre los niveles de prolactina; se han comunicado niveles disminuidos, pero también se ha informado una secreción normal incluso hasta una época bien avanzada del

climaterio. Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo repercuten sobre el equilibrio de las monoaminas del SNC y son la causa de los sofocos, cambios de carácter y otras alteraciones psíquicas de la climatérica mal comprendidos todavía.

Otras hormonas: La falta de estrógenos eleva la paratohormona y descende la calcitonina, resultando de aquí una movilización de calcio y una tendencia a la disminución de la masa ósea. Por otra parte, el descenso de los estrógenos produce alteraciones en el perfil lipídico, que se caracterizan por una elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), formadas fundamentalmente por colesterol y por un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Climaterio: Se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica. Suele ubicarse a partir de los 45 años de edad y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el comienzo de la senectud. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad (ambos son períodos de transición pero con claro sentido opuesto), son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos. Lo que suele ocurrir con frecuencia es que, debido al proceso en sí, se puede producir un equilibrio funcional inestable que lleve a desviaciones patológicas, lo que constituye el llamado síndrome climatérico ²² (gráfico 3).

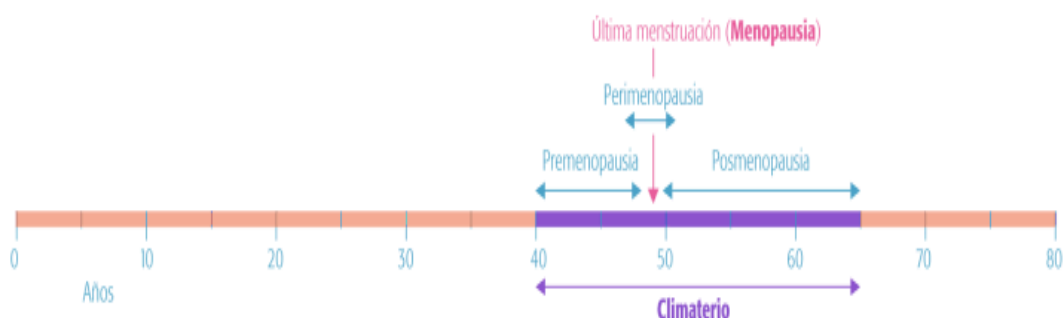


Gráfico 3. Etapas del climaterio,

Fuente: Carranza LS. Atención Integral del climaterio. México. 1998

El llamado síndrome climatérico es muy frecuente pues ocurre en 2 de cada 3 mujeres. Se plantea que en este síndrome se presentan, con relativa frecuencia,

alteraciones psicológicas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, disminución de la libido; alteraciones genitourinarias como sequedad vaginal, prurito, disuria, incontinencia urinaria y prolapsos; y síntomas neurovegetativos como sofocación, sudaciones, cefalea, parestesias, insomnios, entre otros.

Los cambios que se producen durante el climaterio son esencialmente neuroendocrinos pero ellos, por sí solos, no pueden explicar los cambios en el nivel de bienestar psicológico de estas mujeres. En esta etapa particular de la vida y dada su condición social de mujer se explica la influencia sobre el bienestar de un conjunto de factores externos como los ambientales e internos como la personalidad, autoestima, aspiraciones, aunque está aún por determinar qué influencia pueden ejercer aquellos cambios neuroendocrinos sobre la esfera emocional, ya sea la cualidad de las emociones, su intensidad o su forma de expresión.

Consecuencias del cese de la función ovárica: Es preciso tener presente que cuando ocurre la menopausia existe desde el punto de vista biológico al menos dos fenómenos implicados, que son: el hipoestrogenismo post menopausia y la edad de la mujer (envejecimiento) por lo que en muchas ocasiones resulta difícil precisar a cual de estos eventos obedece un determinado síntoma.

Aunque ello fuera posible no se debe olvidar que la forma en que se expresa (se siente o se padece) un determinado síntoma depende no solo de su etiología sino de factores condicionantes como serían: herencia, nutrición, hábitos tóxicos, enfermedades acompañantes, posibilidad de acceso a la atención médica, nivel educacional, nivel social, relaciones de familia, entre otros.

Hoy día se asocia el cese de la función reproductiva ovárica con:

Síntomas neurovegetativos: Sofocación, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio, vértigos. Los que tienen un máxima frecuencia durante la perimenopausia y disminuyen en frecuencia e intensidad a medida que transcurren los años de postmenopausia. Las crisis vasomotoras o sofocaciones , son el síntoma más frecuente, y característico, del climaterio se manifiestan como oleadas de calor que recorren el cuerpo subiendo hacia la cabeza , que producen enrojecimiento de la piel del pecho, cuello y cara, se acompañan de intensa sudoración, palpitaciones y sensación de angustia. Su frecuencia varía desde 10 en 24 horas hasta 10 en una hora y su duración

va desde segundos hasta 1 hora como promedio 3/min⁴. Estas crisis se presentan fundamentalmente durante la noche y son precipitados por: stress, calor, consumo de alcohol y el ayuno.

Alteraciones psicológicas: Labilidad emocional , nerviosismo , irritabilidad , estado de ánimo depresivo , disminución de la libido .Los que en múltiples ocasiones están presente desde años antes de la menopausia , no conllevan deterioro de la salud mental y están asociados con malas relaciones de familia o de pareja , al condicionamiento de género, etc. En un número importante de mujeres disminuye su autoestima por lo que la auto percepción de su imagen corporal deviene negativa lo que se expresa como sensación de minusvalía y devaluación.

Alteraciones Genito-urinarias: Sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria. Constituyen el cortejo sintomático más típico del hipoestrogenismo las que limitan el pleno disfrute del erotismo.

Otros problemas relacionados con el déficit estrogénico y que habitualmente se presentan durante la postmenopausia son: El incremento de la frecuencia con que se presentan afecciones como la aterosclerosis en su expresión cardiológica y cerebro vascular (primera causa de muerte de la mujer post menopausia en países desarrollados), la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las neoplasias de mama y útero y la osteoporosis, enfermedades todas que limitan la expectativa de vida de la mujer y/o inducen incapacidades.

Se puede distinguir, para su mejor comprensión, en cambios locales, en el aparato genital, y cambios generales en el resto del organismo^{16,15}.

Cambios locales

Ovarios y trompas: Ya señalamos que después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y ocurre el fenómeno de atresia. Los ovarios no solamente se empequeñecen sino que su superficie se arruga (ovarios giratus). Hacia los 55 o 60 años, los ovarios no son mayores que una almendra. La trompa se atrofia y se retrae progresivamente y el ligamento suspensorio del ovario también se retrae, por lo que éste se eleva en la fosa ilíaca.

Útero y vagina: Igualmente el útero se atrofia y se reduce su tamaño y el endometrio deja de menstruar y se retrae, aunque no debemos olvidar que a veces persiste en proliferación y hasta con hiperplasia. La vagina se adelgaza y atrofia y en su exudado desaparecen las células glucogénicas y carbopícnóticas. Además, hay sequedad vaginal, dispareunia y prurito.

Vulva, periné y ligamentos: En la vulva se atrofian los labios mayores y menores que permite, en mujeres delgadas, observar la hendidura vulvar desde el exterior. Con frecuencia la mucosa vulvar al tiempo que se atrofia se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen. El periné también se relaja, pues como se sabe los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Otro tanto ocurre con los ligamentos del útero, en especial los retináculos que se relajan y atrofian. La consecuencia de todo esto es que la mujer se hace propensa a los prolapsos y descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria, etcétera.

Cambios Generales

He señalado que el cese de la función ovárica produce una disminución hormonal de estrógenos, específicamente el estradiol que es el más potente y que expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado síndrome climatérico que se presenta en 2 de cada 3 mujeres y los más frecuentes son los siguientes: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio y vértigos. La aparición de los calores se ve favorecida por el estrés, el calor, el alcohol y el ayuno. En nuestro medio, las crisis vasomotoras afectan el 80 % de las mujeres en esta etapa, y guardan relación directa, como ya señalamos, con los disturbios endocrinos. Se ha referido la secuencia calor-taquicardia-enrojecimiento-frío con características de aparición nocturnas y que pueden sucederse con una frecuencia de 3 a 10 en 24 horas.

Constitución femenina: Suele modificarse en esta etapa con tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres, aunque en algunas hay adelgazamiento. Los caracteres sexuales tienden a atrofiarse y a veces se marca una tendencia a la virilización (virilismo climatérico).

Cambios digestivos: Consisten fundamentalmente en dispepsias, muchas veces atribuidas a alteraciones hepáticas o del colecisto y que, en realidad, no son más que trastornos sui géneris del climaterio.

Cambios circulatorios: Con frecuencia la mujer es propensa al dermatografismo, hiperemias cutáneas y vaso espasmos. Hay tendencia a la hipertensión, sofocos, como ya señalamos, y alteraciones en el riego de los miembros con parestesia.

Trastornos nerviosos: Hay gran inestabilidad psíquica, cambios de carácter, irritabilidad, insomnio, etcétera. Numerosas investigaciones de corte psico-social han demostrado la importancia de estos factores en las manifestaciones del síndrome climatérico¹⁷.

5.2.3 Calidad de vida: evolución del concepto

La aparición de la denominación de calidad de vida para un contexto teórico y científico surgió en los Estados Unidos a mediados de los años 80, contribuyendo a la difusión teórica y metodológica del concepto, han transcurrido más de 30 años, y aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación.

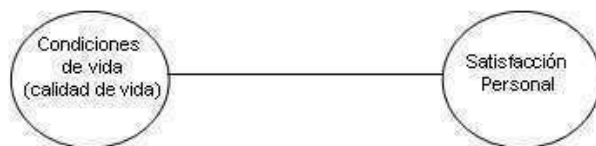
Desde una perspectiva semántica, se indica que el término calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular mientras que el término vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, apareciendo aquí el primer y fundamental problema de su conceptualización, ya que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas. Investigadores como Espinoza Henao (2001) anota que el termino vida se refiere única y exclusivamente a la vida humana en su versión no tan local como comunitaria y social, y requiere hacer referencia a una forma de existencia superior a la física, incluyendo el ámbito de las relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, y los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica.

La calidad de vida es “un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. Resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida. Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en

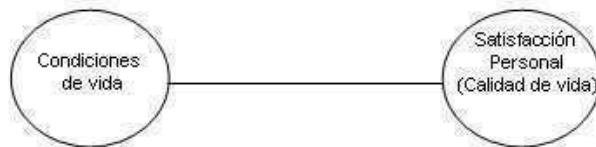
el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales”

No es de extrañar entonces que la calidad de vida haya sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el bio-médico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. Quizá por esta misma razón y siguiendo la exhaustiva revisión bibliográfica que realiza Fernández Ballesteros (1996) sea útil mencionar lo que no es calidad de vida: calidad de vida no es el equivalente a el ambiente, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni a al estado de salud física o a la calidad del cuidado de la salud de las personas. De igual forma, se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad. “La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”

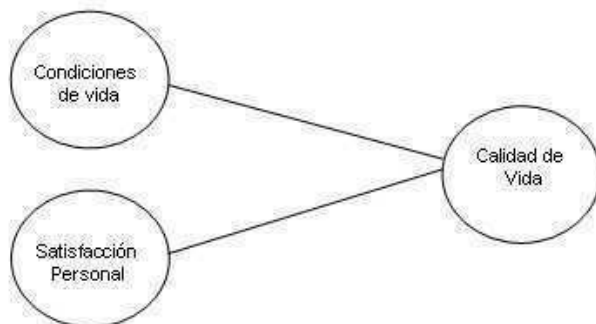
No obstante lo dicho anteriormente, al revisar la bibliografía encontramos que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gráfico 4).



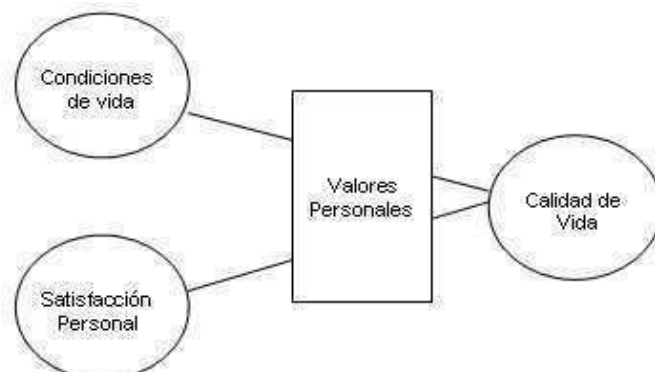
Calidad de vida en términos de condiciones de vida



Calidad de vida como satisfacción con la vida



Calidad de vida definida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción



Calidad de vida definida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción en función de una escala de importancia

Gráfico 4. Identificación de modelos conceptuales de calidad de vida.

Fuente: Genazzani A.R. Menopausia: factores que afectan la calidad de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definición de salud es "no de mera ausencia de enfermedad, sino completo bienestar físico, psicológico y bienestar social". Se refiere a la salud física, psicológica y social dominios de la salud que son únicos para cada individuo. Cada uno de estos dominios se puede medir por las evaluaciones objetivas de funcionamiento o estado de salud y la percepción subjetiva de la salud. Otros aspectos valorados de la vida que no existen son generalmente considerados como "salud", incluidos los ingresos, la libertad y el medio ambiente se ha definido de la siguiente manera: "La Calidad de vida es definido como el valor

asignado a la duración de la vida, modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales que están influenciados por una enfermedad, lesión, el tratamiento. Otra definición es "la calidad de vida se puede definir como el efecto funcional de una enfermedad y su tratamiento como consecuencia de una paciente, según la percepción de un paciente"^{1,3}.

Actualmente se sostiene una denominación de calidad de vida como un concepto que aborda intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección, decisión y optar por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es la calidad de vida.

5.3 Definición operacional de términos

Climaterio:

Es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años. La deficiencia estrogénica resultante se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación y molestia para la paciente que los sufre ²³.

Menopausia (Menopausia natural):

La menopausia natural o espontánea, es el cese permanente de las menstruaciones debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se reconoce que la menopausia ha tenido lugar una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea y cuando no hay otra causa evidente patológica o fisiológica para la misma ⁵.

Perimenopausia:

Incluye el periodo inmediatamente anterior a la menopausia, cuando comienzan los cambios endocrinos, biológicos y clínicos premonitores de la menopausia y el primer año posterior la misma ⁵.

Menopausia prematura:

Debe definirse como aquella que ocurre a una edad inferior a la correspondiente a 2 desviaciones estándar por debajo de la edad media estimada para la población de referencia, generalmente se utiliza la edad de 40 años como el punto arbitrario de corte, por debajo del cual se dice que la menopausia es prematura ¹⁸. Menopausia prematura e insuficiencia o falla ovárica prematura son frecuentemente utilizadas como sinónimos.

Postmenopausia:

Se define como el periodo de tiempo que sigue a la última menstruación independientemente de si la menopausia fue inducida o espontánea.

Calidad de vida:

Se define como el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud^{24,25}.

Dominio somático:

Conjunto de manifestaciones que comprenden síntomas vasomotores, molestias cardíacas, trastornos del sueño y molestias musculares y articulares

Dominio psicológico:

Conjunto de manifestaciones que comprenden depresión, irritabilidad, ansiedad y cansancio

Dominio urogenital:

Conjunto de manifestaciones que comprenden problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad vaginal.

6. Hipótesis

El presente es un estudio descriptivo, donde se busca identificar ciertas características de determinados síntomas que afectan a la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio, las variables no están sujetas a manipulación, por tanto no requiere hipótesis.

7. Variables

Edad

Calidad de vida

Educación

Ocupación

Estado Civil

Paridad

Terapia de reemplazo hormonal

Terapia alternativa

Presencia de enfermedad

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

1.1 Descriptivo:

La presente investigación es un estudio de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, descriptivo, analítico; porque busca conocer las características de los diversos síntomas que se encuentran agrupados por dominios y/o áreas de evaluación, los mismos que afectan la calidad de vida de la mujer durante el climaterio.

1.2 Corte transversal:

Se considera transversal por que el estudio se realizará en un momento determinado, como si fuera un corte en el tiempo, de esta forma se observaran los valores según Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale) en las pacientes estudiadas.

2. Área de estudio

La Clínica Centenario Peruano Japonesa es una institución privada de salud que funciona desde 19 diciembre de año 2005, creada para brindar atención a la población Peruano - Japonesa. Asimismo atiende a una población comprendida entre el sector B y C de Lima y Callao, todo ello debido a su accesibilidad de costos, cobertura y plan tarifario.

El área de estudio se realizó en los consultorios externos del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Actualmente la Clínica cuenta con dos consultorios para la especialidad de Ginecología y Obstetricia, que funcionan en tres turnos en forma continua de lunes a sábado en el horario de 08:00 a 20:00 horas.

Se incluyeron a pacientes ≥ 40 años que acuden al consultorio del Servicio de Ginecología con diagnostico de premenopausia, menopausia y postmenopausia.

Datos preliminares emitidos por la Oficina de Sistemas e Informática, Oficina de Historias Clínicas, Archivo y la Dirección Médica: el promedio de consultas en forma mensual por parte de pacientes ≥ 40 años es de 160 pacientes como promedio en los últimos 6 meses.

Según los datos recogidos preliminarmente para el presente estudio, la población se denominó: Población accesible no conocida.

2.1 Criterios de Inclusión:

Todas las mujeres que acudieron al consultorio de ginecología cuya edad sea ≥ 40 años.

2.2 Criterios de Exclusión:

Las mujeres que acudieron al consultorio de ginecología; embarazo confirmado, analfabeta, con trastornos serios de la visión y déficit mental.

2.3 Criterios de Eliminación:

Las mujeres que no desean participar, los cuestionarios respondidos parcialmente o en forma incompleta.

3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.1 El método de recolección de datos

Se implementó mediante aplicación de un cuestionario a la paciente con una orientación previa antes de acceder a la consulta, asimismo los datos son confidenciales.

Responder el cuestionario por parte de la paciente tuvo un promedio de duración de 10 minutos aproximadamente.

3.2 Instrumento: Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale)

Escala de Puntuación en Menopausia es un instrumento desarrollado y validado de medición de calidad de vida, desarrollado inicialmente a principios de la década 1990-99 por una red de investigación Alemana y dirigida por el Doctor Lotear AJ. Heinemann y colaboradores, para medir la severidad de los síntomas relacionados

con la menopausia. Existen estudios realizados en 9 países y 4 continentes han utilizado la escala MRS para evaluar la calidad de vida en mujeres durante el climaterio. En Internet es posible acceder al instrumento traducido a 25 idiomas en <http://www.menopause-ratingscale>²⁸. Traducción y adecuación de la Escala de Puntuación en Menopausia (MRS), tomando como documento de referencia la versión original de la escala MRS, cuya versión es inglés y las versiones Latinoamericanas existentes, se eligió una versión en español. El instrumento ha utilizar es la Escala de Puntuación en Menopausia (MRS), cuestionario compuesto por once síntomas y dividida en tres dominios (ver anexo A):

Somático: incluye bochornos, sudoración excesiva, molestias cardiacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1,2,3,4).

Psicológico: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 5,6,7,8 respectivamente);

Urogenital: problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal (ítems 9,10,11 respectivamente).

Para cada pregunta la mujer otorga un grado de 0 a 4

(0 =ausente; 1 =leve; 2 =moderado; 3 =severo; 4 =muy severo).

La sumatoria de los datos obtenidos en los tres dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad e vida. Este instrumento define como compromiso severo de la calidad de vida si el dominio somático tiene un puntaje superior a 8, el psicológico superior a 6, urogenital superior a 3, y la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos.

Confiabilidad del Instrumento: Antecedentes

Diversos estudios hacen referencia a la confiabilidad del instrumento mediante la aplicación un coeficiente de consistencia interna por parte de los autores. Aunque la prevalencia de algunos síntomas durante el climaterio puede tener una variación

entre algunos países o regiones, los autores refieren mínimas variaciones que no afectan a la confiabilidad del instrumento.

Para la región de Latinoamérica el nivel de significancia demostrada por los autores es de 0.86, indicativo que es un instrumento confiable, es decir el 86% de variabilidad en las respuestas obtenidas representa diferencias individuales y el 14% representa fluctuaciones al azar.

Algunos datos adicionales sobre la confiabilidad del instrumento están descritas en el análisis de consistencia interna para la Escala de Puntuación en Menopausia (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de consistencia interna para Menopause Scale Rating (MRS)

	N	Total Score	Psicologico Score	Somatico Score	Urogenital Score
Todos los Países	9907	0.83	0.87	0.66	0.65
Total Europa	4465	0.86	0.88	0.64	0.65
Suecia	1490	0.85	0.88	0.65	0.64
Alemania	1050	0.84	0.86	0.64	0.63
Francia	941	0.86	0.89	0.64	0.67
España	984	0.86	0.86	0.61	0.67
USA	1440	0.88	0.90	0.70	0.70
Total Latinoamérica	3002	0.86	0.85	0.66	0.60
México	1002	0.87	0.86	0.65	0.62
Brasil	1000	0.86	0.87	0.69	0.55
Argentina	1000	0.83	0.81	0.64	0.62
Asia (Indonesia)	1000	0.84	0.79	0.69	0.65

Fuente: Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG: International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Quality Life Outcomes 2003, 1:28.

3.3 Validación del instrumento

El instrumento Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Scale Rating), es un instrumento utilizado en diversos países de Europa y Latinoamérica y con una confiabilidad demostrada según refieren diversos estudios realizados. Asimismo en la actualidad es poco conocida su aplicabilidad en estudios realizados en el Perú, por ello el instrumento fue sometido a la validación mediante el juicio de expertos, y cumplir con los criterios metodológicos, asimismo conocer la opinión de los mejores expertos peruanos en el estudio del climaterio en nuestro País.

Para ello se entrevistó a tres Past Presidents y actual Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio, institución científica reconocida a nivel nacional e internacional. Todos ellos actualmente cuentan con la denominación de Expertos en Climaterio y Menopausia, distinción otorgada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia (FLASCYM).

Asimismo se aplicó un cuestionario de 13 preguntas a cada experto, para ser respondidas de manera individual, previamente se hizo entrega del instrumento Escala de Puntuación en Menopausia, para la revisión y análisis a cada experto. Posteriormente se aplicó el coeficiente de Holsti para demostrar su índice de validez, logrando obtener un puntaje de 1.00; puntaje máximo posible (ver anexo D).

3.4 Prueba de confiabilidad del instrumento

Se realizó una prueba de confiabilidad, empleando una prueba de alfa de Cronbach, logrando obtener un 0.89 de nivel de significante, superior al promedio obtenido para la región de Latinoamérica, según los estudios referidos por los autores del instrumento Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale) (ver anexo E).

3.5 Prueba Piloto:

La condición del instrumento; Escala de Puntuación en Menopausia, como un instrumento validado y con confiabilidad demostrada en varios países, no exonera la posibilidad de realizar una prueba piloto en esta investigación, cuyo propósito es verificar la funcionalidad del cuestionario, por tal motivo se realizó una prueba piloto, seleccionando una pequeña muestra conformada por 16 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, durante un periodo de una semana. La misma que ha permitido establecer algunos aspectos importantes:

- a. Tiempo promedio de aplicación de 10 minutos por cada paciente aproximadamente.
- b. Entrenar al médico y personal técnico de enfermería que apoya en los consultorios externos con el objetivo de facilitar la correcta aplicación del instrumento por parte de la paciente.
- c. Verificar la comprensión de las preguntas del cuestionario por parte de las pacientes.
- d. Ratificar el momento de realizar el cuestionario.

Por lo cual se confirma la funcionabilidad del instrumento y se procedió a su respectiva aplicación, según el cronograma establecido para la presente investigación.

4. Población y muestra

Para el presente estudio se implementó el muestreo no probabilístico: Muestra intencional o por conveniencia, tomando como unidad de análisis a todas las pacientes ≥ 40 años que acudieron a los consultorios del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa; con terapia de reemplazo hormonal y sin terapia de reemplazo hormonal, con ausencia y presencia de patología asociada y accedieron responder al cuestionario durante los meses junio – septiembre de 2010.

El número de pacientes sujetas de estudio constituyeron 396 mujeres, que asistieron a los consultorios del Servicio de Ginecología y Obstetricia por un periodo de cuatro meses.

Para el caso de los pacientes con patología asociada; estas no fueron excluidas del estudio y su patología fue registrada debidamente, para evitar el sesgo en la información.

5. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos

5.1 Recolección de datos

La recolección de datos se inició presentando el proyecto de tesis a la Dirección Ejecutiva y Dirección Médica de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, solicitando autorización para el desarrollo de la presente investigación, dándose a conocer los objetivos y el tiempo de duración del proceso de recolección de datos.

La recolección de datos estuvo programada iniciarse en el mes de junio y culminando en el mes de septiembre, en las instalaciones de los consultorios de ginecología, durante los días lunes a sábado en los tres turnos programados.

5.2 Procesamiento de datos

La información recolectada ha sido procesada en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 15.0 en español para Windows, considerando la codificación pre-establecida según las variables del estudio, se elaboraron tablas,

cuadros y gráficos a fin de presentar de manera organizada los resultados obtenidos en la presente investigación.

5.3 Presentación de datos

Se determinó el uso del análisis descriptivo considerando las medidas de tendencia central para variables numéricas: Media, moda, mediana y medidas de dispersión, tales como rango y desviación estándar. Asimismo se construyeron, tablas y gráficos para mostrar los resultados en las variables cualitativas, verificando la distribución porcentual de los datos.

6. Aspectos éticos

Se elaboró e implementó un documento y/o ficha denominado: Consentimiento informado; el propósito de este documento y/o ficha fue proveer a todos los participantes una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. Se solicitó el consentimiento informado previamente a la aplicación de la evaluación mediante la Escala de Puntuación en Menopausia.

Para ello la investigación respetó los principios éticos universales: (confidencialidad, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) (ver anexo B).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 2. Características de la población estudiada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	n	%
Edad		
Mediana rango	49 (40-81)	
Media –DE	50.7- 8.6	
Grupos de edad		
40-49	211	53.3
50-59	123	37.1
60 a más	62	9.1
Educación		
Superior / Universitaria	213	53.8
Secundaria	147	37.1
Primaria	36	9.1
Estado Civil		
Casada	217	54.8
Conviviente	81	20.5
Soltera	54	13.6
Divorciada	27	6.8
Viuda	17	4.3
TOTAL	396	100

Durante el periodo de estudio, realizado entre los meses de junio a setiembre de 2010, se incluyeron 396 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y que respondieron al instrumento, en los consultorios externos del Servicio de Ginecología. Se incluyeron pacientes mayores o iguales a 40 años de edad con diagnostico de premenopausia, menopausia y postmenopausia. Representando una mediana de 49 años y una media de 50.7 y una desviación estándar de 8.6, según los datos procesados en la investigación.

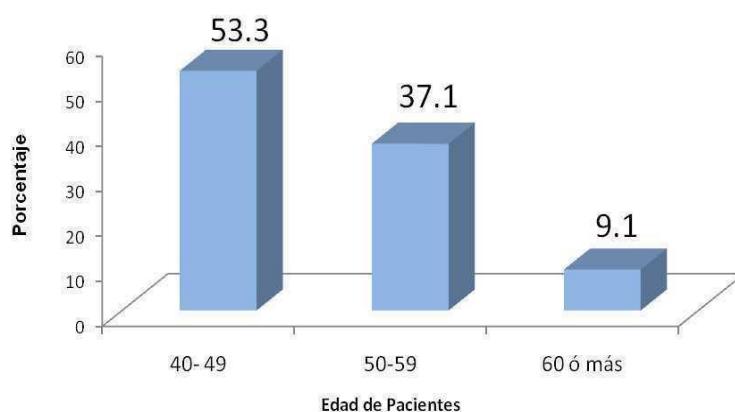


Gráfico 5. Distribución de pacientes por grupos de edad Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

La edad de las pacientes varía de 40 a 81 años de edad. El grupo de edad más frecuente estuvo comprendido entre los 40 a 49 años de edad 211/396 que representan un 53.3% y el grupo de menor frecuencia estuvo comprendido en las pacientes de 60 años de edad a más; 62/396 representando un 9.1% del total de pacientes comprendidas en el estudio.



Gráfico 6. Distribución de pacientes según estado civil en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

Con respecto al estado civil de las pacientes estudiadas; 217/396 (54.8%) su estado civil correspondieron a casadas, 81/396 (20.5%) correspondieron a convivientes, 54/396 (13.6%) a solteras, 27/396 (6.8%) a divorciadas y 17/396 (4.3%) a viudas. Estos resultados muestran que la mayoría de las pacientes estudiadas corresponden al estado civil de casadas.

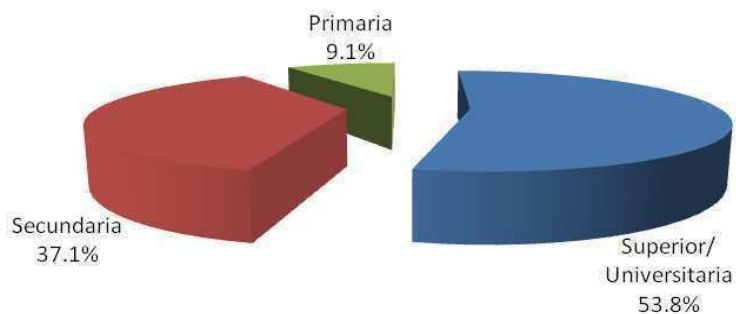


Gráfico 7. Porcentaje de pacientes según nivel de educación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

En relación al nivel de educación, las pacientes tenían un nivel de educación superior/ universitaria en 213/396 (53.8%), educación secundaria en 147/396 (37.1%) y educación primaria sólo en 36/396 (9.1%) de todas las pacientes incluidas en el estudio.

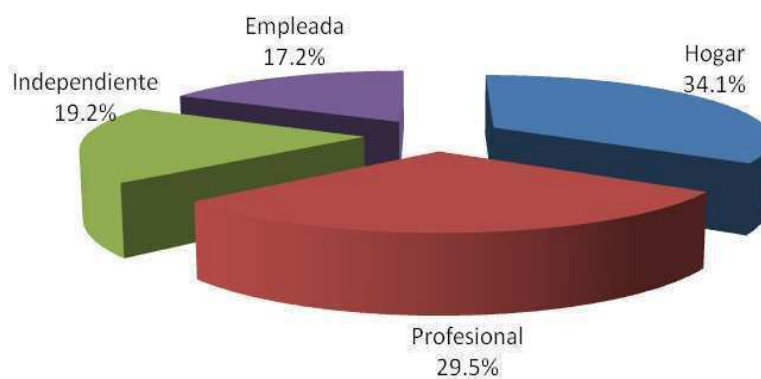


Gráfico 8. Distribución de pacientes según ocupación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

De acuerdo a la ocupación de las pacientes estudiadas; 135/396 (34.1%) correspondieron a pacientes que se dedican a labores del hogar, 117/396 (29.5%) correspondieron a profesionales, 76/396 (19.2%) a pacientes independientes y 68/396 (17.2%) a empleadas.

Tabla 3. Numero de hijos (paridad) en las pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

	n	%
0	34	8.6
1	64	16.2
2	128	32.3
3	96	24.2
4	37	9.3
5	21	5.3
6	10	2.5
7	2	0.5
8	2	0.5
9	2	0.5
TOTAL	396	100

La descripción de los datos que corresponden a la paridad de las pacientes estudiadas, 34/396 (8.6%) de las pacientes se encuentran comprendidas en el grupo sin paridad (0). Poco más del 50% de las pacientes tenían entre 2 a 3 hijos. 128/396 (32.3%) pacientes tenían 2 hijos, 96/396 (24.2%) pacientes tenían 3 hijos, 64/396 (16.2%) pacientes tenían un hijo y 74/396 (18.7%) pacientes tenían 4 hijos ó más.

Tabla 4. Tipos de enfermedades que presentan las pacientes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	n	%
Ninguna	223	56.3
Genitourinarias	40	10.1
Endocrinas	26	6.6
Sistema cardiovascular	26	6.6
Osteomuscular y tejido conectivo	26	6.6
Sistema respiratorio	18	4.5
Sistema nervioso central y órganos sensoriales	15	3.8
Sistema digestivo	15	3.8
Neoplasia	5	1.3
Piel	2	0.5
TOTAL	396	100

Con relación a la presencia de alguna enfermedad, la mayoría de las pacientes no presentaban enfermedad alguna 223/396 (56.3%). En caso de las enfermedades que presentaban la pacientes, corresponden a las enfermedades genitourinarias 40/396 (10.1%), seguidas de las enfermedades endocrinas, sistema cardiovascular, osteo muscular y del tejido conectivo respectivamente.

Las enfermedades del sistema respiratorio se encuentran presentes en 18/396 (4.5%) pacientes, las que corresponden al sistema digestivo y del sistema nervioso central y órganos sensoriales en igual número de casos 15/396 (3.8%). Sólo 5/396 (1.3%) pacientes tenían neoplasia y 2/396 (0.5%) pacientes presentaban enfermedades de la piel.

Tabla 5. Distribución de pacientes con respecto al uso de la terapia hormonal y la terapia alternativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	n	%
Terapia de Reemplazo Hormonal		
No	340	85.9
Si	56	14.1
Terapia Alternativa (uso de fitoestrógenos y derivados)		
No	346	87.4
Si	50	12.6
TOTAL	396	100

Con respecto al uso de Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) 340/396 (85.9%) correspondieron a las pacientes que no recibían TRH y 56/396 (14.1%) correspondieron a pacientes que si recibían TRH. Con relación al uso de la Terapia Alternativa (TA): 346/396 (87.4%) de las pacientes no recibían TA y solo 50/396 (12.6%) pacientes recibían TA. Entendiéndose por terapia alternativa; el uso de fitoestrógenos y sus derivados.

Tabla 6. Ítems y dominios de la Escala de Puntuación en Menopausia en pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

		Puntaje de síntomas Media \pm DE	Puntaje de dominio Media \pm DE
Dominio	Síntomas		
Somático	1. Bochornos, sudoración y calores	1.1 \pm 1.0	4.7 \pm 2.9
	2. Molestias al corazón (sentir latido del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).	1.0 \pm 0.9	
	3. Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).	1.2 \pm 1.0	
	4. Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).	1.5 \pm 1.0	
Psicológico	5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir).	1.1 \pm 1.1	5.0 \pm 3.7
	6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).	1.3 \pm 1.1	
	7. Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).	1.2 \pm 1.1	
	8. Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).	1.4 \pm 1.1	
Urogenital	9. Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).	1.3 \pm 1.3	3.3 \pm 2.9
	10. Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).	0.9 \pm 1.1	
	11. Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).	1.1 \pm 1.1	
Escala MRS Puntaje total			13.1 \pm 8.1

De acuerdo a la Escala de Puntuación en Menopausia, la puntuación total obtenida, correspondió a 13.1 \pm 8.1. La puntuación obtenida en el dominio somático correspondió a (4.7 \pm 2.9) , para el dominio psicológico correspondió (5.0 \pm 3.7), y para el dominio urogenital tuvo una puntuación de (3.3 \pm 2.9).

Tabla 7. Número de pacientes según síntomas del dominio somático distribuidos por edades en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

Dominio / Edades	40 – 49		50- 59		60 a más		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
	211	53.28	123	31.07	62	15.65	396	100
1. Bochornos, sudoración y calores								
No siente molestia	75	35.54	29	23.57	18	29.03	122	30.80
Leve	86	40.75	47	38.21	19	30.64	152	38.38
Moderada	38	18.00	35	28.45	20	32.25	93	23.48
Severo	9	4.26	8	6.50	5	8.06	22	5.58
Muy severo	3	1.42	4	3.25	0	0	7	1.76
2.- Molestias al corazón (sentir latido del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).								
No siente molestia	85	40.28	41	33.33	13	20.96	139	35.10
Leve	85	40.28	40	32.52	32	51.61	157	39.64
Moderada	31	14.69	34	27.64	14	22.58	79	19.96
Severo	9	4.26	7	5.69	3	4.83	19	4.80
Muy severo	1	0.47	1	0.81	0	0	2	0.50
3.- Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).								
No siente molestia	70	33.17	39	31.70	12	19.35	121	30.55
Leve	71	33.64	31	25.20	15	24.19	117	29.57
Moderada	54	25.59	35	28.45	24	38.70	113	28.53
Severo	12	5.68	15	12.19	11	17.74	38	9.59
Muy severo	4	1.89	3	2.43	0	0	7	1.76
4.- Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).								
No siente molestia	52	24.6	19	15.44	5	8.06	76	19.19
Leve	75	35.54	42	34.14	18	29.03	135	34.09
Moderada	60	28.43	40	32.52	29	46.77	129	32.59
Severo	16	7.58	17	13.82	9	14.51	42	10.60
Muy severo	8	3.79	5	4.06	1	1.61	14	3.53

El síntomas más afectado son las molestias musculares y articulares, prevaleciendo la descripción leve; un total de 135 pacientes y de 129 pacientes para la descripción de moderada, el otro síntoma afectado están referidas a las dificultades del sueño donde la descripción de leve tiene un total de 117 pacientes y de 113 pacientes para la descripción de moderada.

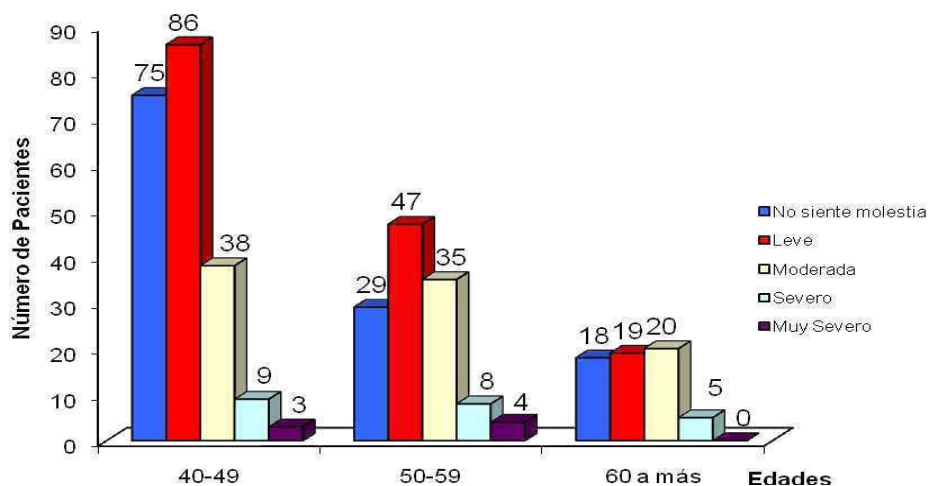


Gráfico 9. Número de pacientes y su relación con presencia de bochornos, sudoración y calores de acuerdo a edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

La presencia de síntoma de bochornos en su descripción de leve se encuentra presente en mayor proporción que las otras descripciones, dentro del grupo de 50 y 59 años, prevalece las descripciones de leve y moderada sobre las otras descripciones del síntoma.

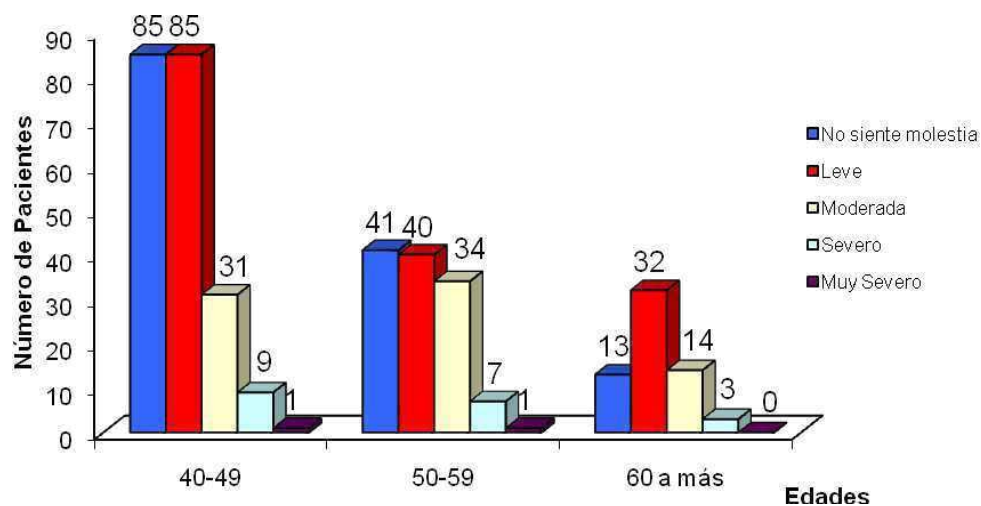


Gráfico 10. Número de pacientes y su relación con la presencia de molestias al corazón de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

El síntoma de molestias al corazón se ve más afectado en el grupo que corresponde entre las edades de 50 y 59 años de edad, donde la presencia de la descripción de leve y moderada prevalece sobre las otras descripciones de este síntoma, y se hace más evidente en las pacientes cuyas edades corresponden entre los 50 y 59 años.

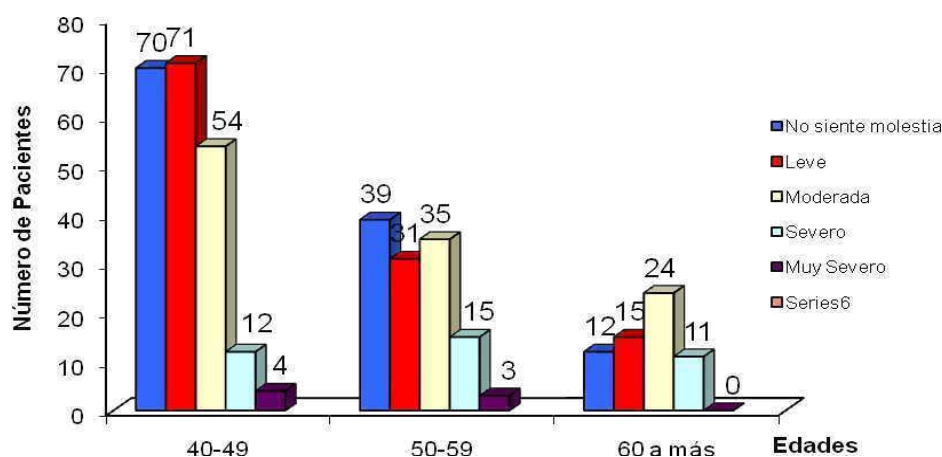


Gráfico 11. Número de pacientes y su relación con la presencia de dificultades del sueño de acuerdo a edades de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

En el síntoma de presencia de dificultades del sueño, la descripción de moderada se presenta en mayor número de pacientes, seguidamente de la descripción de leve, haciendo más evidente en los grupos edad que corresponden a las pacientes de 60 años a más.

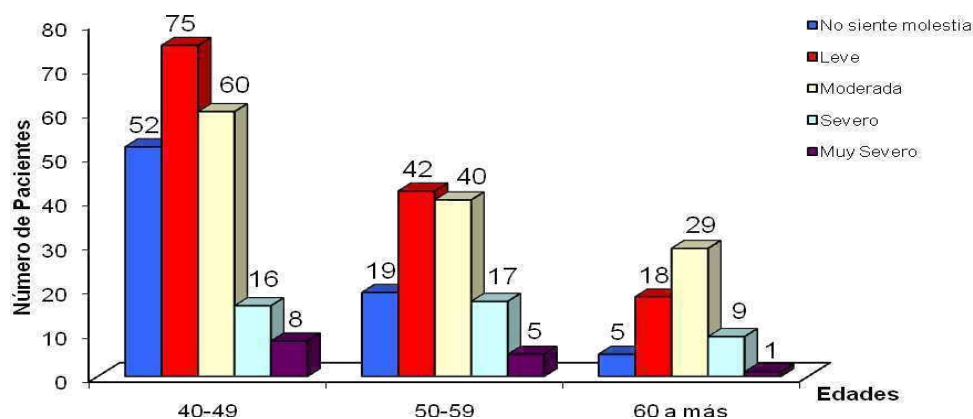


Gráfico 12. Número de pacientes y su relación con la presencia de molestias musculares y articulares de acuerdo a las edades de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

La descripción de leve y moderada en la presencia de molestias musculares y articulares se encuentra en mayor proporción que otras descripciones del síntoma en

todos los grupos de edad, haciendo más evidente en el grupo cuyas edad corresponde a 60 años a más.

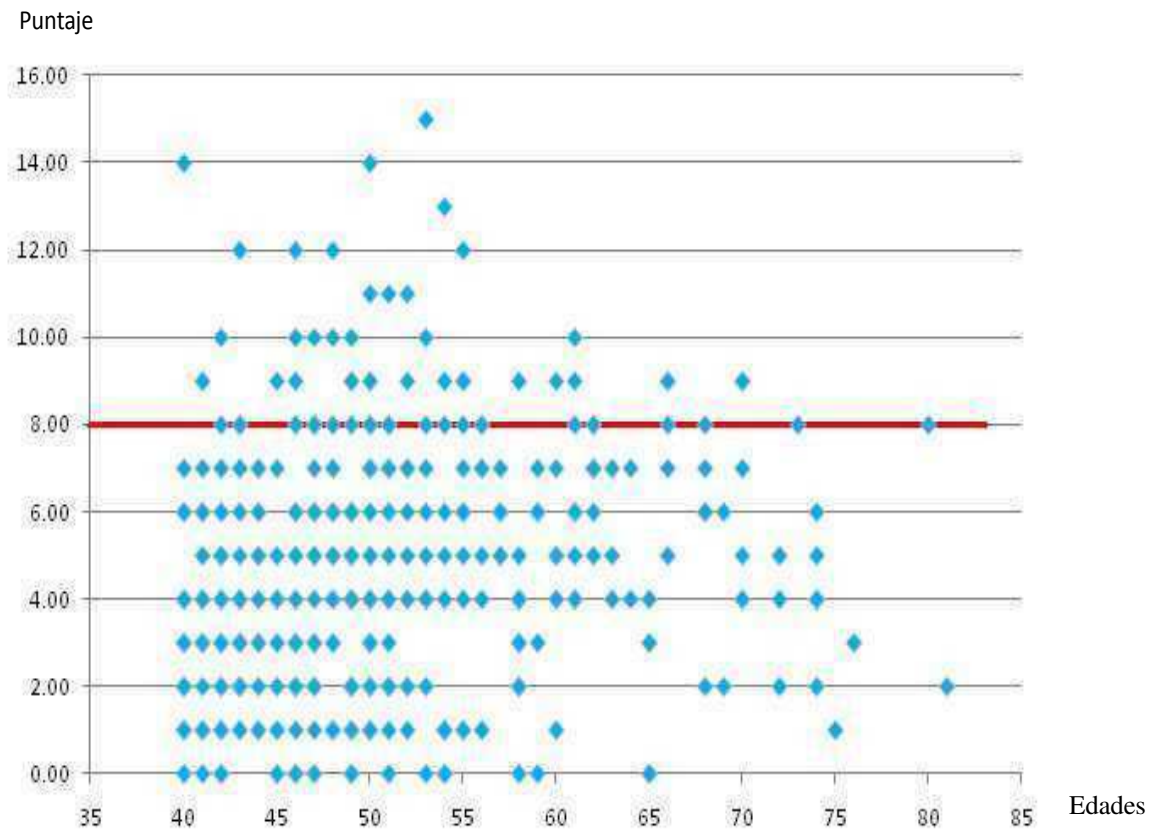


Gráfico 13. Puntaje obtenido en el dominio somático de acuerdo a edad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

De acuerdo a los puntajes totales determinados para el dominio somático, 36 pacientes se encontraban severamente afectada su calidad de vida (9.1%), mientras que 360 pacientes no se encontraba afectada su calidad de vida (90.9%).

Tabla 8. Número de pacientes según síntomas del dominio psicológico distribuidos por edades en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

Dominio / Edades	40 – 49		50- 59		60 a más		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
	211	53.28	123	31.07	62	15.65	396	100
5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)								
No siente molestia	79	37.44	44	35.77	22	35.48	145	36.62
Leve	68	32.23	32	26.02	12	19.35	112	28.28
Moderada	44	20.85	27	21.95	20	32.26	91	22.98
Severo	12	5.69	15	12.19	6	9.68	33	8.33
Muy severo	8	3.78	5	4.07	2	3.23	15	3.79
6.- Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).								
No siente molestia	58	27.49	33	26.83	15	24.19	106	26.77
Leve	80	37.91	28	22.76	24	38.71	132	33.33
Moderada	50	23.70	39	31.71	12	19.35	101	25.50
Severo	16	7.58	19	15.45	7	11.29	42	10.61
Muy severo	7	3.32	4	3.25	4	6.46	15	3.79
7.- Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)								
No siente molestia	79	37.44	38	30.89	20	32.26	137	34.59
Leve	68	32.23	26	21.14	17	27.42	111	28.04
Moderada	47	22.27	41	33.33	16	25.81	104	26.26
Severo	10	4.74	15	12.19	6	9.67	31	7.83
Muy severo	7	3.32	3	2.44	3	4.84	13	3.28
8.- Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).								
No siente molestia	57	27.01	25	20.32	12	19.35	94	23.74
Leve	72	34.12	35	28.46	23	37.10	130	32.83
Moderada	58	27.49	37	30.08	16	25.81	111	28.03
Severo	20	9.48	22	17.88	10	16.12	52	13.13
Muy severo	4	1.90	4	3.25	1	1.62	9	2.27

El síntoma más afectado en este dominio es el cansancio físico y mental, donde la descripción de leve estuvo presente en 130 pacientes y de moderada en 111 pacientes, en comparación con las otras descripciones. El otro síntoma más afectado está referido a la irritabilidad donde la descripción de leve estuvo presente en 132 pacientes y de 101 pacientes para la descripción de moderada.

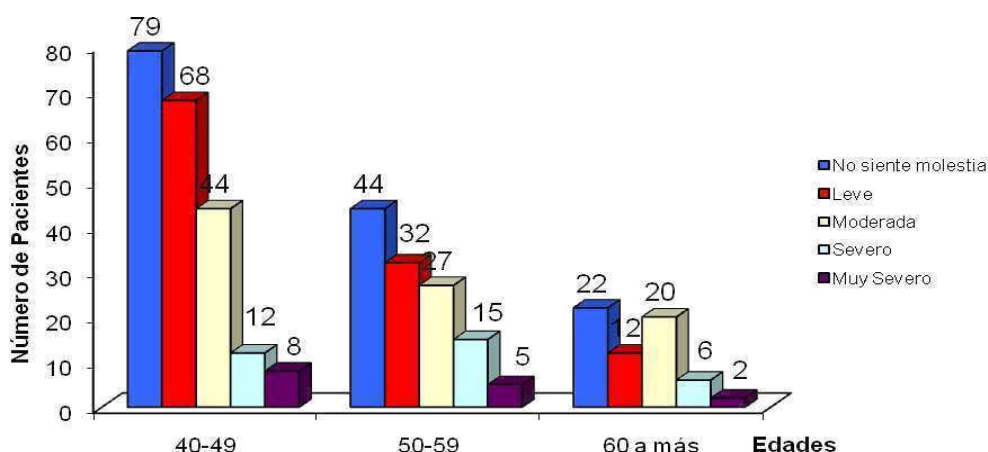


Gráfico 14. Número de pacientes y su relación con la presencia del estado de ánimo depresivo de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

La presencia del síntoma según la descripción de leve tiene una distribución importante en las pacientes cuyas edades están comprendidas en los grupos de 40 y 59 años edad. Con respecto a la descripción de moderada se presenta en mayor proporción en el grupo de edad de 60 años a más.

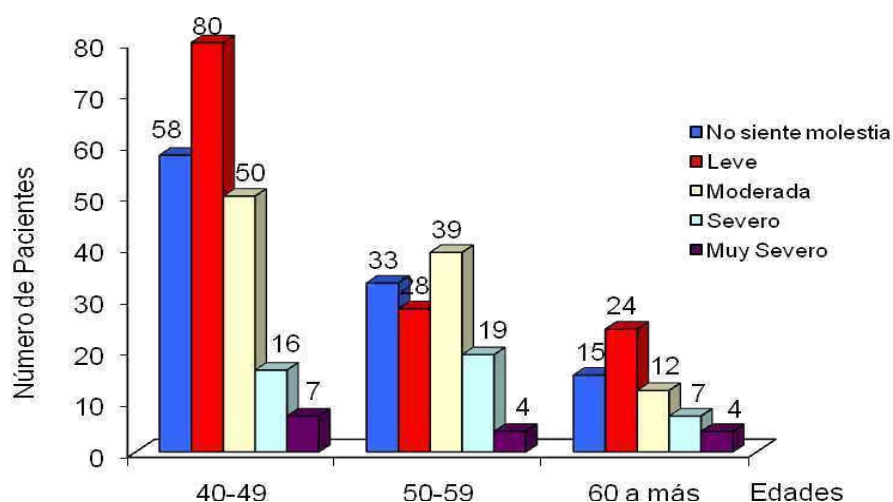


Gráfico 15. Número de pacientes y su relación con la presencia de irritabilidad de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

La descripción de leve se presentó en 80 pacientes cuyas edades estaban comprendidas en el grupo de edad entre 40 y 49 años. La descripción de moderada se presentó en 39 pacientes, cuyas edades correspondían al grupo de 50 y 59 años. La presencia de irritabilidad en la descripción de leve y moderada se encuentra presente en todos los grupos de edad.

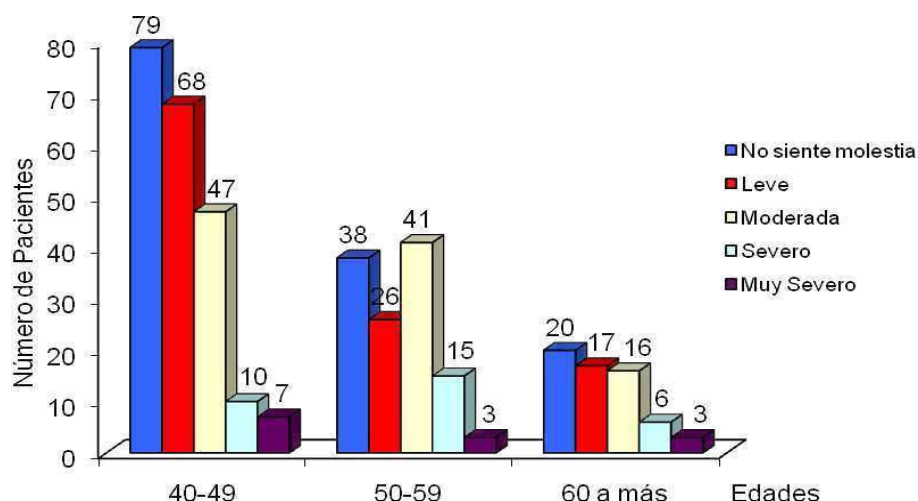


Gráfico 16. Número de pacientes y su relación con la presencia de ansiedad de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

Con respecto a la presencia de ansiedad, la descripción de moderada se presentó en mayor proporción en el grupo de pacientes cuyas edades corresponden a 50 y 59 años, con un total de 41 pacientes, En el grupo de pacientes cuyas edades corresponden a 60 años a más, las diferencias en la descripción del síntoma son mínimas en comparación con los otros grupos de edad.

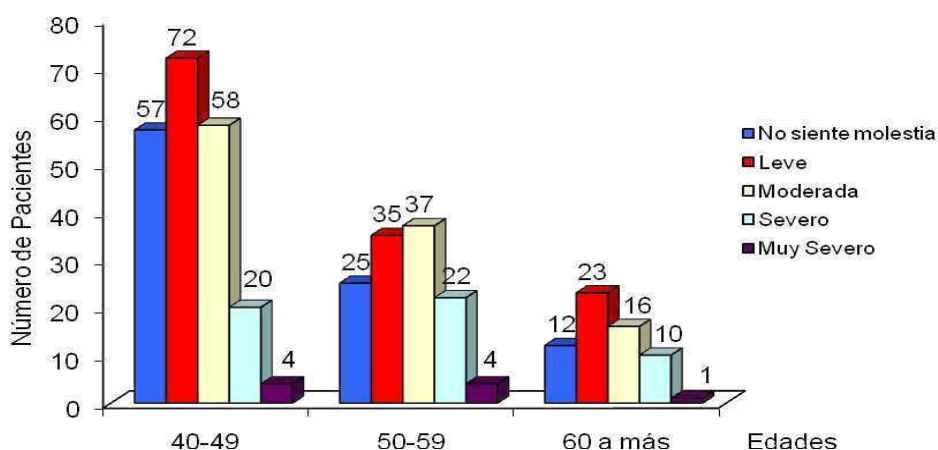


Gráfico 17.- Número de pacientes y su relación con la presencia de cansancio físico y mental de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

Con respecto a la presencia del cansancio físico y mental la descripción de leve y moderada se presenta en mayor proporción en todos los grupos de edad, siendo más evidente el grupo de pacientes cuyas edades corresponden entre los 50 y 59 años. Asimismo la descripción de severo se presentó en 22 pacientes.

Puntajes

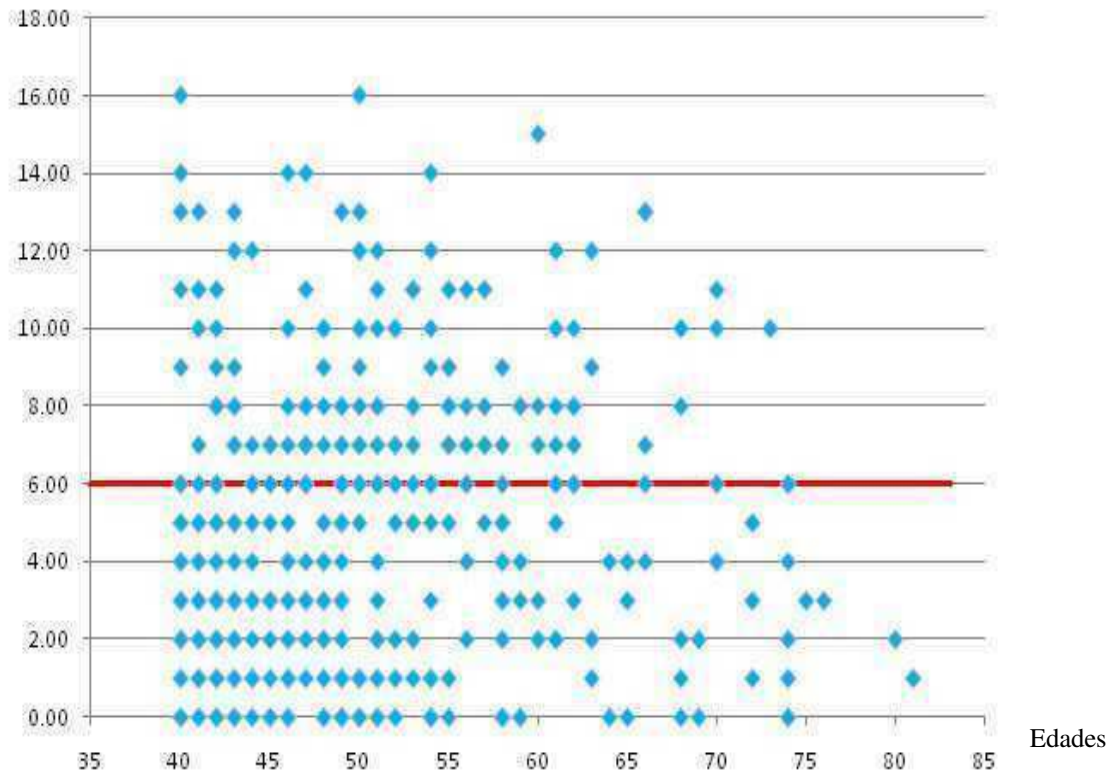


Gráfico 18.- Puntaje obtenido en el dominio psicológico de acuerdo a edad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

De acuerdo a los puntajes totales determinados para el dominio psicológico, 133 pacientes se encontraban severamente afectada su calidad de vida (33.6%), mientras que 263 pacientes no se encontraba afectada su calidad de vida (66.4%).

Tabla 9. Número de pacientes según síntomas del dominio urogenital distribuidos por edades en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

Dominio/Edades	40 – 49		50- 59		60 a más		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
	211	53.28	123	31.07	62	15.65	396	100
9. Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual)								
No siente molestia	83	39.34	27	21.95	19	30.65	129	32.57
Leve	74	35.08	45	36.59	10	16.13	129	32.58
Moderada	32	15.16	24	19.51	12	19.35	68	17.17
Severo	13	6.16	9	7.32	8	12.90	30	7.58
Muy severo	9	4.26	18	14.63	13	20.97	40	10.10
10.- Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).								
No siente molestia	110	52.14	53	43.09	15	24.20	178	44.95
Leve	59	27.96	44	35.77	23	37.10	126	31.82
Moderada	32	15.16	11	8.94	13	20.96	56	14.14
Severo	8	3.79	8	6.50	5	8.06	21	5.30
Muy severo	2	0.95	7	5.70	6	9.68	15	3.79
11.- Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).								
No siente molestia	102	48.34	31	25.20	17	27.42	150	37.88
Leve	59	27.96	44	35.77	11	17.74	114	28.79
Moderada	37	17.54	29	23.58	18	29.04	84	21.22
Severo	7	3.32	15	12.20	8	12.90	30	7.57
Muy severo	6	2.84	4	3.25	8	12.90	18	4.54

El síntoma más afectado en este dominio corresponde al síntoma de problemas sexuales, donde 267 pacientes (67.42%) presentaron una descripción de leve hasta muy severo. Asimismo el síntoma de sequedad vaginal resulto siendo afectado por 246 pacientes (62%) dentro de la descripción de leve hasta muy severo. La descripción de severo en este dominio tiene una tendencia de mayor 7% en los síntomas de problemas sexuales y sequedad vaginal.

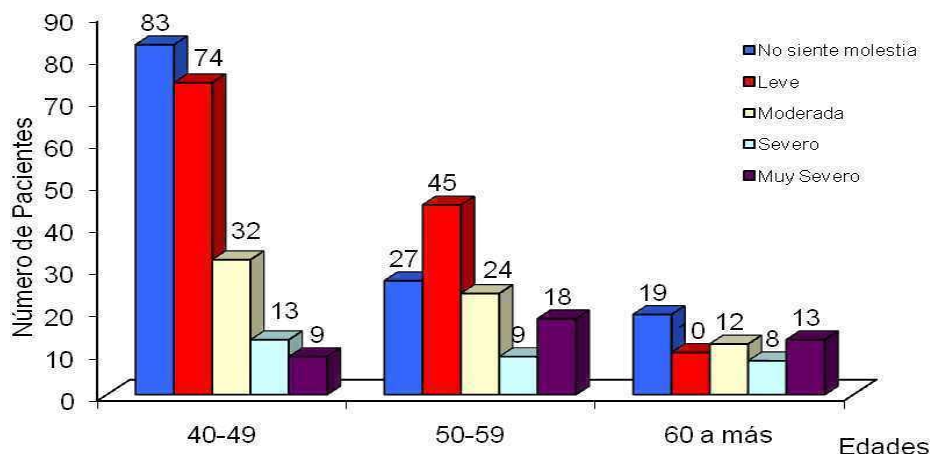


Gráfico 19. Número de pacientes y su relación con la presencia de problemas sexuales de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

La presencia de problemas sexuales en el grupo de edad de 50 y 59 años, para la descripción de leve corresponde a 45 pacientes y de 24 pacientes para la descripción de moderada, la presencia de la descripción de muy severo se presenta con mayor notoriedad en el mismo grupo de edad llegando a ser un 18% del total de las pacientes comprendidas en ese grupo de edad. La descripción de muy severo tiene una representación importante en el grupo de pacientes cuya edad corresponde a 60 años a más.

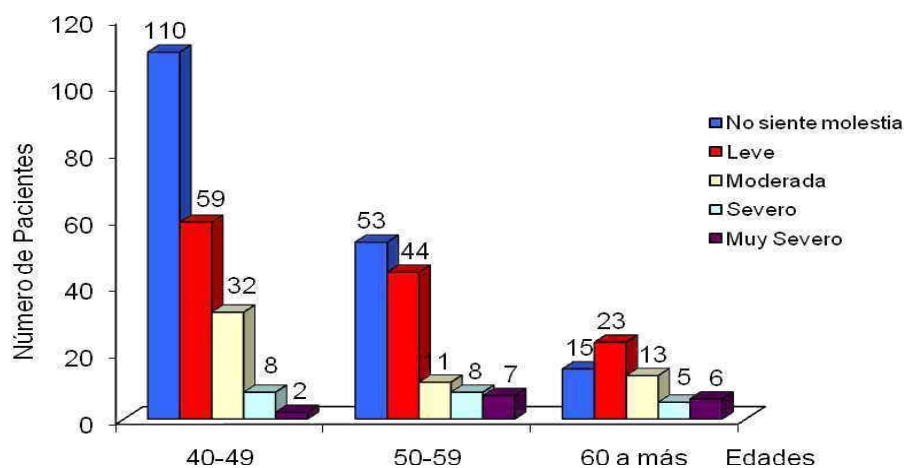


Gráfico 20. Número de pacientes y su relación con la presencia de problemas con la orina de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

El grupo más afectado en este síntoma corresponde al grupo de pacientes cuyas edades corresponden a 60 años a más, y la descripción de muy severo es mínima en el grupo que corresponde al grupo de edad de 40 y 49 años.

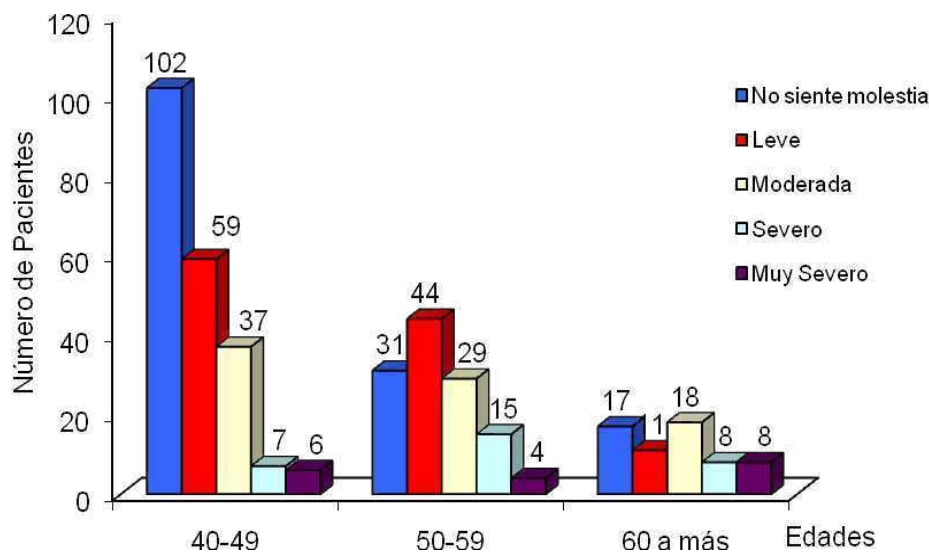


Gráfico 21. Número de pacientes y su relación con la presencia de sequedad vaginal de acuerdo a la edad de pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

Con relación a la presencia de sequedad vaginal, el grupo más afectado corresponde al grupo de pacientes de 50 y 59 años, en la descripción leve se presentaron 44 pacientes y para la descripción de moderada 29 pacientes. Asimismo la descripción de moderada prevalece en el grupo de pacientes que corresponden al grupo de edad de 60 años a más. La presencia de sequedad vaginal para la descripción de leve llega a ser de 35% y 15% de moderada en el grupo de edad que corresponde de 40 y 49 años, obteniendo un total de 50% del total de pacientes comprendidas en ese grupo de edad.

Puntajes

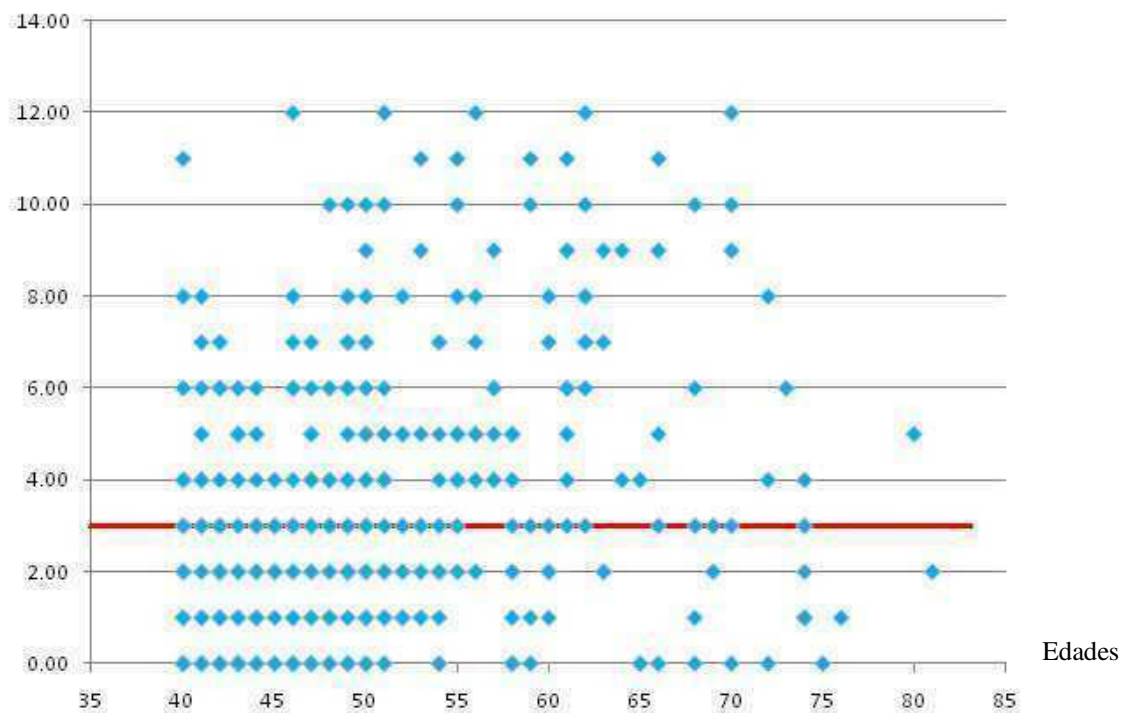


Gráfico 22. Puntaje obtenido en el dominio urogenital de acuerdo a edad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

De acuerdo a los puntajes totales determinados para el dominio urogenital, 154 pacientes se encontraban severamente afectada su calidad de vida (38.9%), mientras que 242 pacientes no se encontraba afectada su calidad de vida (61.1%).

Tabla 10. Puntaje total de los dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia en pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	n	%
Somático		
≤ 8	360	90.9
> 8	36	9.1
Psicológico		
≤ 6	263	66.4
> 6	133	33.6
Urogenital		
≤ 3	242	61.1
> 3	154	38.9
Escala MRS		
≤ 16	270	68.2
> 16	126	31.8
TOTAL	396	100

Con respecto a los resultados que corresponden a la severidad por cada dominio de la Escala de Puntuación en Menopausia, 360/396 (90.9%) pacientes no presentan un compromiso severo en el dominio somático y 36/396 (9.1%) si lo presentan, 263/396 (66.4%) pacientes no presentan compromiso severo en el dominio psicológico, por el contrario 113/396 (33.6%) pacientes si presentan compromiso severo. La severidad en relación al dominio urogenital, no esta presente en 242/396 (61.1%) pacientes y si encuentra presente en 154/396 (38.9%). Del total de pacientes que completaron la Escala de Puntuación en Menopausia 270/396 (68.2%) pacientes no presentaron deterioro en su calidad de vida y 126/396 (31.8%) pacientes si presentaron deterioro en su calidad de vida.

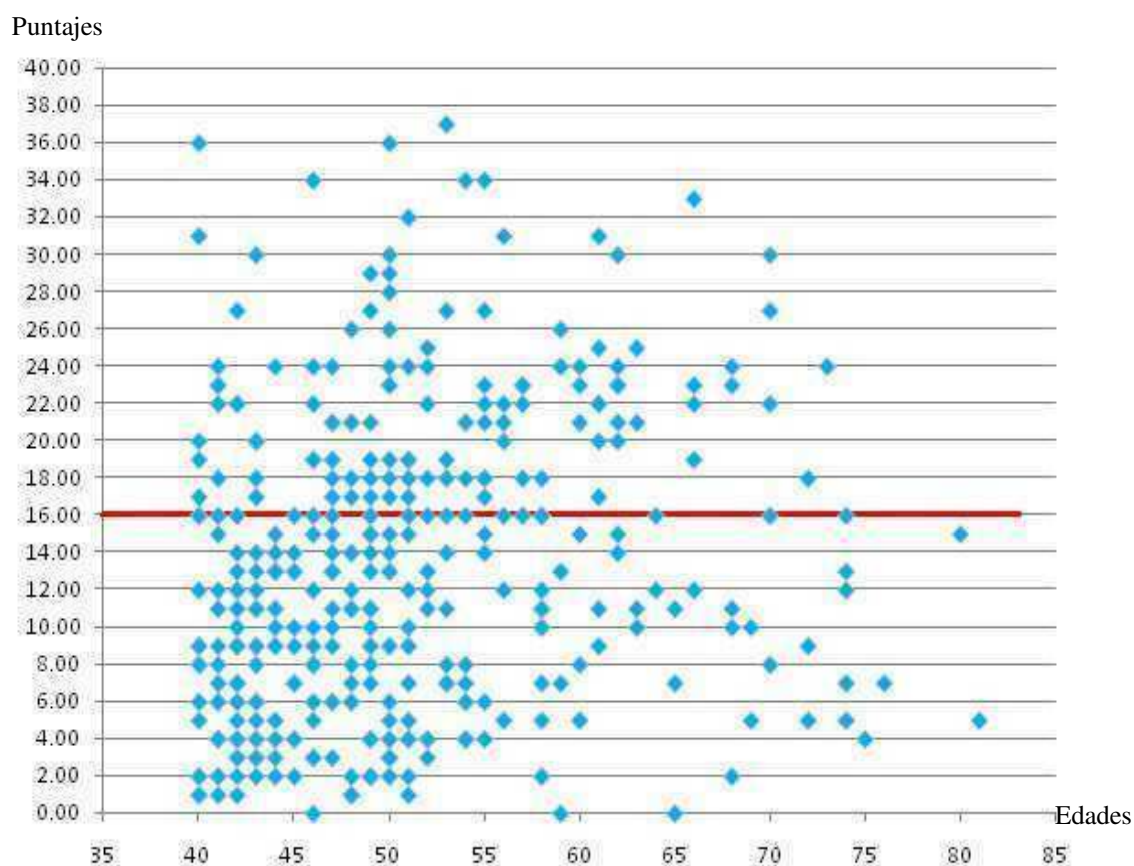


Gráfico 23. Distribución de puntaje total según la edad de las pacientes mediante la Escala de Puntuación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

De acuerdo a los puntajes totales según el instrumento de Escala de Puntuación en Menopausia, 126 pacientes se encontraban severamente afectada su calidad de vida (31.8%), mientras que 270 pacientes no se encontraba afectada su calidad de vida (68.2%).

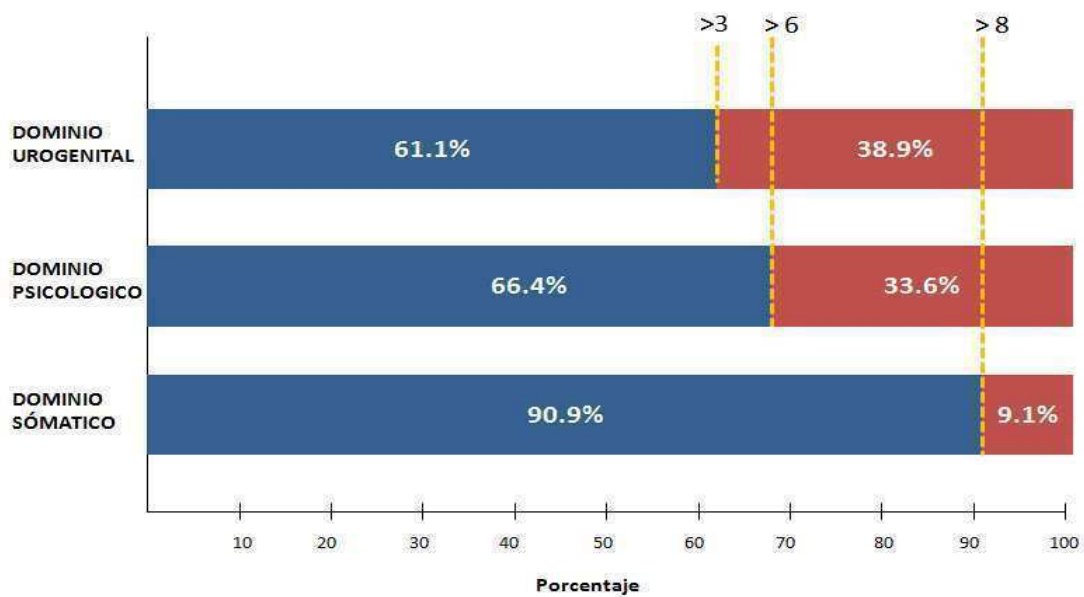


Gráfico 24. Distribución total por dominios según porcentaje de acuerdo a los puntajes obtenidos por cada dominio en pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

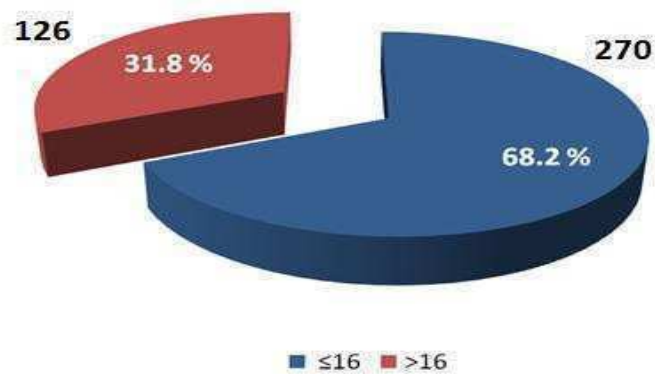


Gráfico 25. Distribución de porcentajes de pacientes que se encuentran severamente afectadas su calidad de vida, según la Escala de Puntuación en Menopausia, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

Tabla 11. Resultados totales por dominios según Escala de Puntuación en Menopausia por grupos de edad en pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonés 2010.

	Grupos de edad			p
	40-49	50-59	60 ó más	
Pacientes	211	123	62	
Somático				
≤ 8	197 (93.4)	108 (87.8)	55 (88.7)	0.189
> 8	14 (6.6)	15 (12.2)	7 (11.3)	
Psicológico				
≤ 6	155 (73.5)	68 (55.3)	40 (64.5)	0.003
> 6	56 (26.5)	55 (44.7)	22 (35.5)	
Urogenital				
≤ 3	151 (71.6)	63 (51.2)	28 (45.2)	< 0.001
> 3	60 (28.4)	60 (48.8)	34 (54.8)	
Escala MRS				
≤ 16	164 (77.6)	72 (58.5)	34 (54.8)	< 0.001
> 16	47 (22.4)	51 (41.5)	28 (45.2)	

p: Chi-cuadrado (χ^2) (p < 0.05)

Con relación a los resultados por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia de acuerdo a los grupos de edad, realizado con el estadístico de prueba Chi.cuadrado (χ^2), se puede afirmar que no hay diferencia significativa entre los grupos de edad y la severidad del dominio somático. Es decir la edad no es lo suficientemente influyente para determinar la severidad en este dominio.

Para la severidad de los dominios psicológicos y urogenital, podemos afirmar que si existe diferencia significativa por grupos de edad. En la dimensión global, si presenta diferencia significativa con los grupos de edad, es decir, la edad es influyente para determinar el deterioro de la calidad de vida.

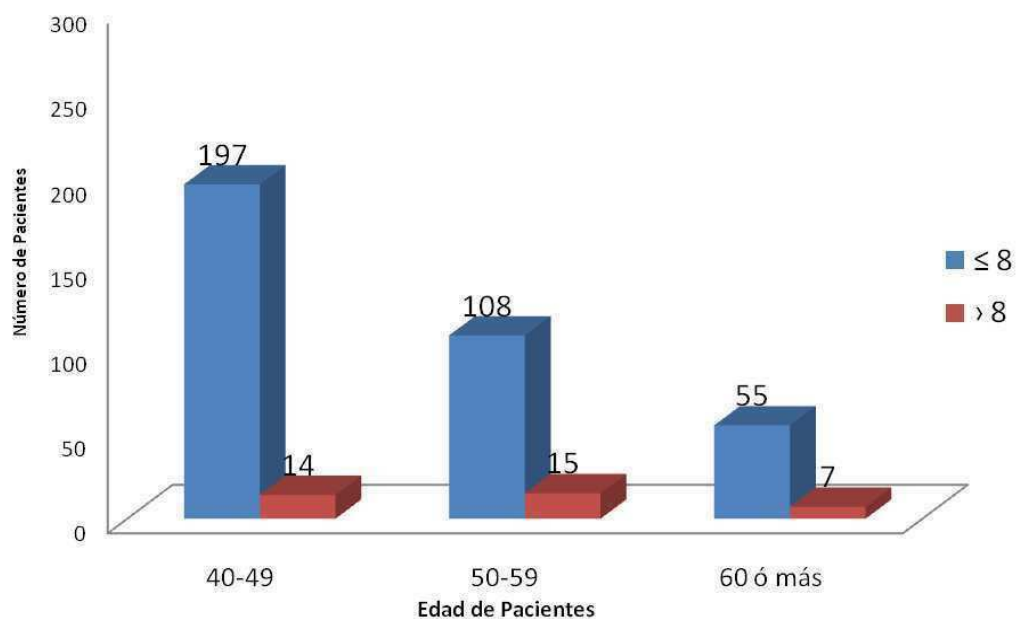


Gráfico 26. Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje del dominio somático en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

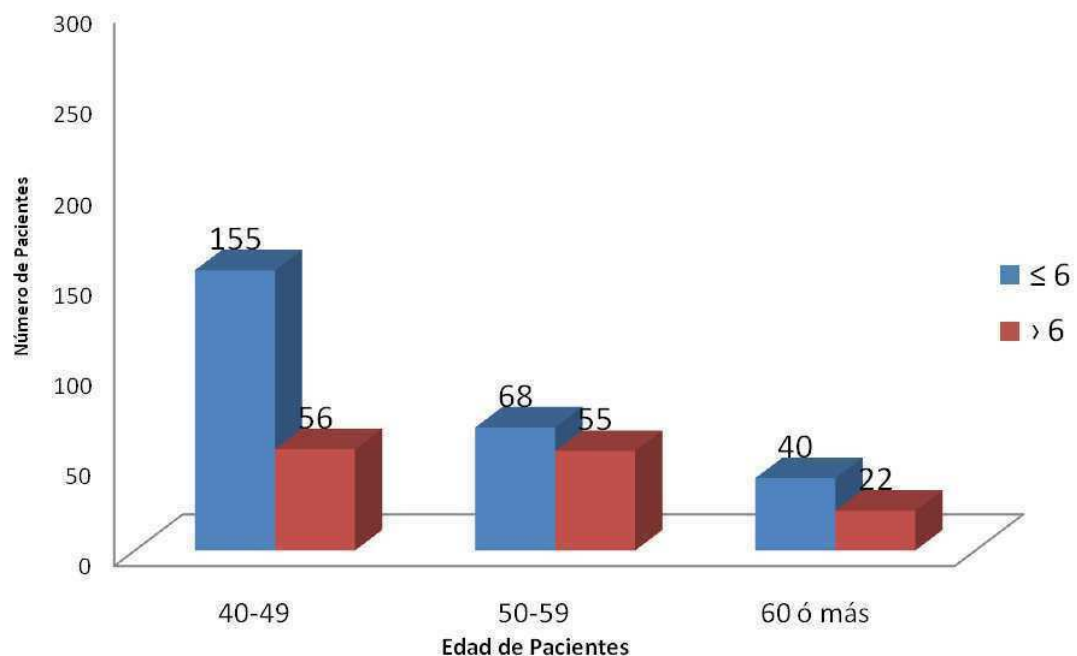


Gráfico 27. Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje del dominio psicológico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

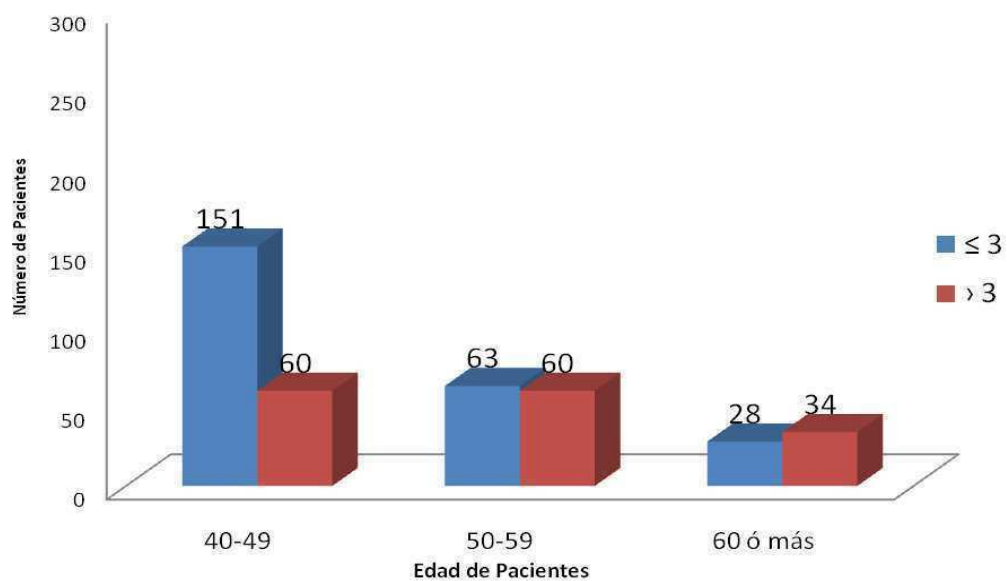


Gráfico 28. Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje del dominio urogenital en el Servicio e Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

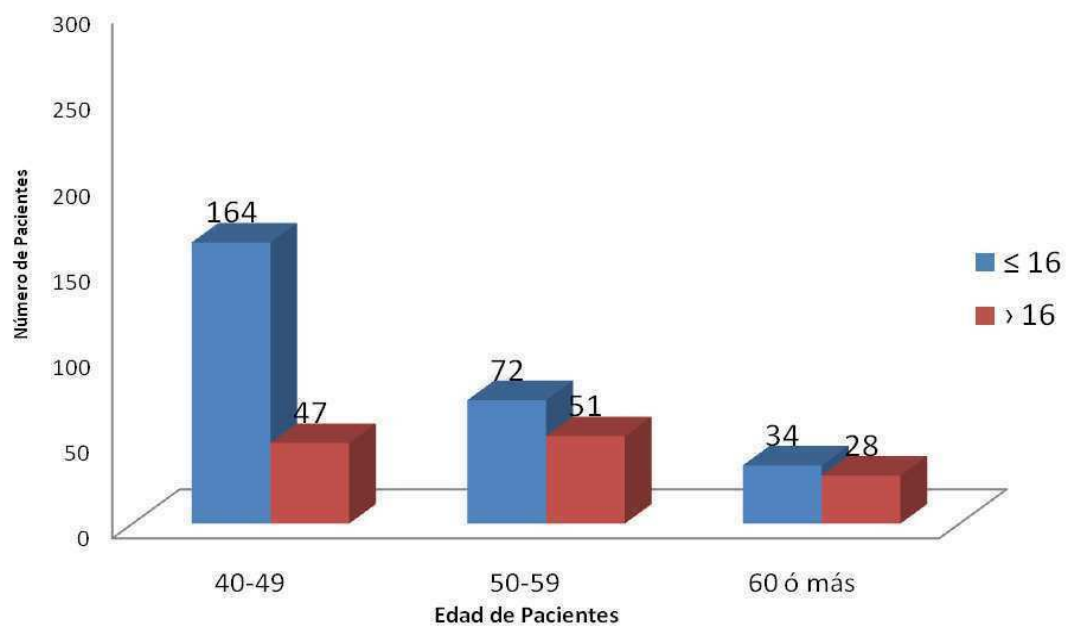


Gráfico 29. Número de pacientes por grupos de edad de acuerdo al puntaje total en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010

Tabla 12. Distribución de puntajes obtenidos dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia y la terapia de reemplazo hormonal en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	Terapia de Reemplazo Hormonal		
	NO	SI	p
Pacientes	340	56	
Somático			
≤ 8	311 (91.5)	49 (87.5)	0.338
> 8	29 (8.5)	7 (12.5)	
Psicológico			
≤ 6	226 (66.5)	37 (66.1)	0.953
> 6	114 (33.5)	19 (33.9)	
Urogenital			
≤ 3	211 (62.1)	31 (55.4)	0.340
> 3	129 (37.9)	25 (44.6)	
Escala MRS			
≤ 16	233 (68.5)	37 (66.1)	0.714
> 16	107 (31.5)	19 (33.9)	

p: Chi-cuadrado (χ^2) (p < 0.05)

Con respecto a los resultados por dominios según la Terapia de reemplazo hormonal, se puede afirmar que no hay diferencia significativa entre el uso de Terapia de reemplazo hormonal con respecto a la severidad de los dominios somáticos, psicológicos y urogenital. Asimismo, los resultados no presentan diferencia significativa en cuanto al uso de Terapia de reemplazo hormonal, es decir la Terapia de reemplazo hormonal no influye en el deterioro de la calidad de vida.

Tabla 13. Distribución de puntajes obtenidos por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia y la terapia alternativa en pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	Terapia Alternativa		p
	NO	SI	
Pacientes	346	50	
Somático			
≤ 8	312 (90.2)	48 (96.0)	0.180
> 8	34 (9.8)	2 (4.0)	
Psicológico			
≤ 6	222 (64.2)	41 (82.0)	0.013
> 6	124 (35.8)	9 (18.0)	
Urogenital			
≤ 3	209 (60.4)	33 (66.0)	0.448
> 3	137 (39.6)	17 (34.0)	
Escala MRS			
≤ 16	231 (66.8)	39 (78.0)	0.111
> 16	115 (33.2)	11 (22.0)	

p: Chi-cuadrado (χ^2) ($p < 0.05$)

Según el análisis realizado, se puede afirmar que no hay diferencias significativas entre el uso de Terapia Alternativa y la severidad de los dominios somático y urogenital. Es decir si las pacientes hacen uso o no de las terapias alternativas, no influye en la severidad en estos dominios. Para la severidad del dominio psicológico, se puede afirmar que si existe diferencia significativa con respecto al uso de la terapia alternativa, por lo tanto, la Terapia Alternativa influye para determinar la severidad en este dominio. Por otro lado, en la puntuación total no presenta diferencia significativa en cuanto al uso de la Terapia Alternativa, es decir la Terapia Alternativa no es influyente en el deterioro de la calidad de vida.

Tabla 14. Distribución de puntajes obtenidos por dominios según la Escala de Puntuación en Menopausia según enfermedad de las pacientes estudiadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010.

	Enfermedad		p
	No	Si	
Pacientes	223	173	
Somático			
≤ 8	206 (92.4)	154 (89.0)	0.249
> 8	17 (7.6)	19 (11.0)	
Psicológico			
≤ 6	163 (73.1)	100 (57.8)	0.001
> 6	60 (26.9)	73 (42.2)	
Urogenital			
≤ 3	153 (68.6)	89 (51.4)	0.001
> 3	70 (31.4)	84 (48.6)	
Escala MRS			
≤ 16	170 (76.2)	100 (57.8)	< 0.001
> 16	53 (23.8)	73 (42.2)	

p: Chi-cuadrado (χ^2) (p < 0.05)

Con respecto al análisis de los dominios de la Escala de Puntuación en Menopausia según la enfermedad: El dominio somático no presenta diferencia en relación a la presencia o no de alguna enfermedad. Es decir, la presencia de enfermedad no es lo suficientemente influyente para la severidad en este dominio. Para la severidad de los dominios psicológico y urogenital, se puede afirmar que sí existe diferencia significativa en relación a la enfermedad, es decir la presencia de enfermedad influyente en la severidad de ambos dominios. Por otro lado, en su dimensión global, la Escala de Puntuación en Menopausia si presenta diferencia significativa en relación a la presencia de enfermedad, es decir, la enfermedad influyente en el deterioro de la calidad de vida.

En el dominio somático, se encuentra el mayor número de casos en las pacientes que presentan algún tipo de enfermedad, tanto para las que obtuvieron un puntaje ≤ 8 puntos (206/223) como para las que obtuvieron un puntaje > 8 puntos (17/223) en el dominio somático.

En el dominio psicológico, de igual manera, se encuentra el mayor número de casos en las pacientes no presentan enfermedad, tanto para las que obtuvieron un puntaje ≤ 6 puntos (163/223) y para las que obtuvieron un puntaje > 6 puntos (60/223).

Con Respecto al dominio urogenital, se encuentra con mayor frecuencia los casos de pacientes que no presentan algún tipo de enfermedad, tanto para las que obtuvieron un puntaje ≤ 3 puntos (153/223) y para las que obtuvieron un puntaje > 3 puntos (70/223).

En su dimensión global, la Escala de Puntuación en Menopausia, nos muestra que, la mayoría las pacientes no presentan algún tipo de enfermedad, tanto para las que obtuvieron un puntaje ≤ 16 puntos (170/223) y para las que obtuvieron un puntaje > 16 puntos (53/223).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El grupo de pacientes quedó constituido por 396 pacientes cuyas edades comprendían desde los 40 años hasta pacientes mayores de 60 años, la mayor distribución de pacientes según grupos de edad estaban comprendidos en pacientes cuyas edades tenían una frecuencia entre los 40 a 49 años de edad representando ello un 53.3%, la media de las pacientes estudiadas fue de 50.7 ± 8.6 , estudios realizados por Téxon- Fernandez O, donde estudio a 102 pacientes con una media fue de 49.1 ± 4.7 . Una investigación realizada por Monterrosa A. describió un estudio 284 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre los 40 y 59 años, con una media 53.4 ± 3.3 , La población estudiada en el presente estudio es cuantitativamente mayor de los otros estudios realizados en nuestro continente, con el mismo instrumento. por lo cual se puede asumir que el número de pacientes estudiadas posee un valor aceptable.^{14,36}.

Con relación al estado civil de la pacientes estudiadas, 217 pacientes, correspondieron al grupo de casadas representando un 54.8% y 81 pacientes correspondieron al grupo de convivientes representando un 20.5%, Estudios realizados Del Prado M. en una estudio realizado a 370 mujeres, describió un total de 209 pacientes casadas que correspondían a un 56.6% y 43 mujeres que conformaban el grupo de convivientes que representaban 11.6%. Se puede apreciar alguna diferencia en los datos que corresponden al grupo de convivientes, debido a los patrones socioculturales de los países donde se realizo el presente estudio y el realizado por Del Pardo M¹⁵. Los resultados del presente estudio permite observar que el deterioro de la calidad de vida de la mujeres no dependen directamente del estado civil, sino al comportamiento hormonal subsecuente a la menopausia como los describe Blumel y Col y otros autores como Siseles N^{4,30}.

Con respecto al nivel de educación 213 (53.8%) pacientes conformaban el grupo que correspondía al nivel de educación superior y 147 (37.1%) que correspondían al grupo de secundaria. Estudios realizados por Téxon- Fernández O, estudio que describe a mujeres estudiadas, conformaban el grupo de superior en 29.4% mientras un 31.4 % correspondían al grupo de secundaria. Existe una diferencia entre la población estudiada en la presente investigación en comparación al estudio realizado por Téxon-Fernández, con relación al grupo que corresponde al nivel de secundaria la distribución de las mujeres estudiadas no presentan diferencias significativas en ambos estudios ¹⁴. Con respecto a la descripción de la ocupación de las pacientes estudiadas 135 (34.1%) correspondieron a labores del hogar y solo 117 (29%) correspondieron al grupo de profesionales, datos que no pueden ser comparados con otros estudios similares realizados por no existir registros de los mismos.

El nivel de educación son otros factores que influyen en la vivencia de síntomas climatéricos. Las mujeres con bajo nivel educacional tienen síntomas climatéricos más severos que las mujeres con nivel educacional mayor, tal como lo describe Cerda P. Lo anterior podría estar explicado porque las mujeres de menor nivel educacional tienen menos acceso a la información sobre esta etapa y, además, tienen menos posibilidades económicas para acceder a un tratamiento farmacológico⁴⁸.

En relación a la paridad de las pacientes estudiadas 228 (72.7%) representan una paridad ente 1 a 3 hijos y sin paridad un total de 34 (8.6%), estos hallazgos descriptivos son similares a los datos relacionados a la paridad descritos por Monterrosa A. y por Del Prado M. donde se describe un 96.2% de pacientes que tenían hijos variando desde 0 a 12 hijos representando de alguna manera datos similares ^{15,36}. Por ello la paridad se constituye como un factor de riesgo para presentar síntomas vasomotores y por ello tener una mala calidad de vida, asimismo esta demostrado que el riesgo de disfunción sexual, se incrementa significativamente con la mayor paridad. Esta observación coincide con los resultados reportados por Chedraui, quien señala que la mayor paridad influye considerablemente con el deterioro de la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio³⁷.

Los hallazgos relacionados a tipos de enfermedades que presentan la pacientes que participaron en el estudio 223(56.3%) no presentaban ninguna patología asociada y

la patología con mayor frecuencia descrita por las pacientes corresponde a patologías genitourinarias 40 (10.1%). De acuerdo a los datos obtenidos y las pacientes que han participado del estudio solo acuden al Servicio Ginecología como medio preventivo y de control, debido al seguro privado que cuentan las pacientes. Por otra parte la patologías que se presentan con mayor frecuencia corresponden a la especialidad de Ginecología por ser inherente a la especialidad antes mencionada, donde las manifestaciones pueden ser síndrome climatérico, metrorragia, engrosamiento endometrial, miomatosis uterina, prolapso uterino, disfunción sexual, infección vulvovaginal, patologías propias de las pacientes durante el climaterio y que son similares a los estudios realizados por Aedo S, Porcille ⁷. Asimismo estas patologías pueden presentar algunas modificaciones en su presentación debido a ciertos patrones sociales, económicos y culturales por parte de las mujeres durante la etapa del climaterio, como lo describe Storch E, en su reciente conferencia, denominada: Sexualidad y calidad de vida en la post menopausia ⁴⁴.

Las publicaciones realizadas luego de la suspensión del estudio Women Health Initiative (Estudio WHI) y del estudio Million Women Study, han puesto en duda la relación riesgo- beneficio de la terapia hormonal al señalar la mayor incidencia de enfermedad tromboembolia venosa, cáncer de mama entre otras enfermedades en pacientes que recibían la terapia hormonal. Algunos investigadores opinan que los resultados de los estudios referidos al riesgo de cáncer de mama, no pueden ser generalizados a todas las mujeres, como lo describe Bhanani BR en una publicación realizada el año 2005. Esta descripción concuerda con la distribución de pacientes con respecto al uso de terapia hormonal de 340 pacientes que corresponde a un 85.9% mientras que 56 pacientes recibe terapia hormonal representando un 14.1%. Hoy en día estas publicaciones son de difusión masiva y por ello muchas pacientes optan por no acceder al uso de la terapia hormonal, el presente estudio no ha analizado la influencia en el costo, la influencia y beneficios por uso o no uso de la terapia hormonal ^{10,33,45}.

De acuerdo a la Escala de Puntuación en Menopausia; la puntuación total obtenida correspondió a 13.1 ± 8.1 . La puntuación para el dominio psicológico correspondió (5.0 ± 3.7), para el dominio somático correspondió a 4.7 ± 2.9 y en el dominio urogenital la puntuación correspondió a 3.3 ± 2.9 . Estos resultados son menores a los

reportados por Aedo S, Porcile A. siendo el puntaje total 16.1 ± 9.9 , al mismo tiempo existe similares puntajes a los obtenidos por dominio urogenital que correspondió a 4.3 ± 3.3 . Por ello se puede describir que los resultados obtenidos en el presente estudio son menores. Otro estudio realizado por Del Prado M, también muestra puntajes totales mayores obtenidos con el mismo instrumento, para lo cual se obtuvo un puntaje total de 16.2 ± 8.5 . Los resultados observados en el presente estudio presentan una diferencia importante en relación al puntaje total; llegando a describir puntajes totales menores en comparación a otros realizados en América Latina con el mismo instrumento^{7,15}. Asimismo es importante tener en consideración que el instrumento define compromiso severo de la calidad de vida cuando el puntaje obtenido para el dominio somático es mayor a 8 puntos, mayor a 6 puntos en el dominio psicológico y mayor de 3 puntos en el dominio urogenital, aspecto que en algunos casos puede confundir la interpretación de los resultados al observar la puntuación obtenida y su respectiva desviación estándar.

Con relación a los resultados que corresponden a la severidad por dominios, según la Escala de Puntuación en Menopausia, son mayores en comparación a los estudios realizados por Monterrosa A, Blumel JE, donde el 11.1% presenta severidad en el puntaje total mientras que en el presente estudio se encontró un 31.8% de severidad en el puntaje total, solo existe una diferencia en relación a la severidad del dominio somático 9.1% en comparación al 17% reportado por Monterrosa A, Blumel JE. En un estudio similar desarrollado en mujeres Hispánicas en Colombia. Al respecto es oportuno señalar que el puntaje total obtenido en el presente estudio es más elevado a los datos publicados para mujeres latinoamericanas (11.3 ± 8.5 $p < 0.0001$) por Redline y al comunicado por los autores de la Escala de Puntuación en Menopausia (10.4 ± 8.8)^{25,26,36}.

Al describir los hallazgos por cada uno de los síntomas que corresponden al dominio somático, los síntomas más reportados son los bochornos, sudoraciones y calores, donde la descripción de leve se presentó en 86 pacientes cuyas edades estaban comprendidas en el grupo de 40 y 49 años, de 47 pacientes para el grupo de 50 y 59 años, y de 19 pacientes para el grupo de 60 años a más, sumando un total de 152 (38.38 %), siendo mayor que el grupo que manifiesta no tener molestia.

El otro síntoma referido considerablemente son las molestias musculares y articulares, donde la descripción de leve y moderada se presento en mayor número de pacientes a diferencia del resto de descripciones. Para la descripción de leve, 75 pacientes para el grupo de 40 y 49 años, 42 para el grupo de 50 y 59 años, 18 para el grupo de 60 años y más, representado un total de 135 (34.09%). Para la descripción de moderada, el número de pacientes superó a los que no manifestaban molestia, 60 pacientes para el grupo de 40 y 49 años, 40 pacientes para el grupo de 50 y 59 años y de 29 pacientes para el grupo de 60 años a más, sumando un total de 129 (32.57%); ambas descripciones superan a las que manifestaron no sentir molestia en 76 pacientes (19.19%), Investigaciones realizadas por Ortiz N, reportan que la calidad de vida se ve afectada por síntomas vasomotores, y el puntaje de estos síntomas aumenta desde 2.0 ± 1.7 durante la premenopausia a 3.6 ± 2.2 en aquellas con cinco o más años de menopausia, en el mismo estudio no se mostraron el comportamiento de los síntomas vasomotores en los diversos grupos de edad, por lo cual no se pueden comparar los resultados obtenidos, solo evidenciar que estos síntomas se manifiestan mayormente en la pacientes durante la perimenopausia como describe un reciente estudio de Brown ED, en su publicación *Ethnic differences in vasomotor symptoms and blood pressure during menopause*^{39,46}.

Los resultados del puntaje total para el dominio somático, fue mayor de 8 puntos en 36 pacientes que representa 9.1%, siendo este el dominio menos afectado en el presente estudio, de acuerdo a la revisión bibliográfica disponible, no se reportan datos similares por lo cual los resultados totales hallados no pueden ser comparados para determinar la severidad de este dominio.

Los hallazgos por cada uno de los síntomas que corresponden al dominio psicológico, el síntoma más afectado es la que corresponde a irritabilidad, donde la descripción de leve fue superior en el grupo de 40 y 49 años; en 80 pacientes, y de 24 pacientes para el grupo de 60 años a más, siendo menor en el grupo de edad de 50 y 59 años, sumando un total de 132 pacientes (33.33%). Con respecto a la descripción de moderada fue superior en el grupo de pacientes de 50 y 59 años; 39 pacientes. Las pacientes que manifestaron no tener molestias del este síntoma fueron 106 pacientes (26.76%), número menor que la que corresponde a leve y superando en forma mínima a la que corresponde a moderada 101 pacientes (25.50%).

El otro síntoma afectado en forma considerable es el cansancio físico, donde las descripciones de leve y moderada superaron a otras descripciones, en todos los grupos edad. Solo 94 pacientes (23.73%) manifestaron no sentir molestia, mientras que la descripción de leve fue superior en los tres grupos de edad, con un total de 130 pacientes (32.32%). Y para la descripción de moderada fue de 111 pacientes (28.03%) siendo superior en todos los grupos de edad. Aedo S, Porcile A, resalta la importancia de los puntajes obtenidos en el dominio psicológico, siendo mayores que el dominio urogenital, a pesar de existir una diferencia altamente significativa significativa en cuanto a la sintomatología urogenital en las menopáusicas bajo TRH al compararse con el grupo de las no tratadas. Esta misma observación, de que habría un mayor compromiso en la esfera psicológica y somática que en la urogenital ha sido descrita en otros países Latinoamericanos como Chile, a diferencia de lo que se ha observado en países de otros continentes ⁷.

Los resultados del puntaje total para el dominio psicológico, fue mayor de 6 puntos en 133 pacientes que representa 33.6%, siendo este el segundo dominio afectado en el presente estudio, Estos resultados concuerdan con los descritos por Aedo S, Porcile A, otras investigaciones realizadas por Ortiz N, y la realizada Siseles N. señalan un predominio de los síntomas psicológicos durante los primeros años de la menopausia con un puntaje de 2.3 ± 1.3 a 2.9 ± 1.0 en los primeros años de la menopausia, estas estimaciones si concuerdan con los descritos en la presente investigación ^{39,47}.

Con respecto a los hallazgos por cada uno de los síntomas que corresponden al dominio urogenital, el síntoma más afectado son los referidos a los problemas sexuales donde la descripción de leve su mayor en el grupo de edad de 50 y 59 años; con un total de 45 pacientes superando a aquellas que no manifiestan molestias, en este síntoma el número total de pacientes que no manifiestan molestia 129 (32%) son similares a las que describen como leve en 129 (32%). Para las descripciones de severo y muy severo se presentan en 30 pacientes (7.5%). Al revisar los resultados que corresponden al síntoma de problemas con la orina, se han encontrado un mayor número de pacientes en las descripciones de leve y moderada en el grupo de corresponde a 60 años a más, siendo estos de 23 pacientes (37%) para el grupo de

leve y 13 pacientes (21%) para moderada, en comparación a las 15 pacientes (24%) que no manifestaban molestia. Con respecto al síntoma de sequedad vaginal la descripción de leve fue mayor en el grupo de edad que corresponde a 50 y 59 años, siendo 44 pacientes (35.77%). Para la descripción de moderada fue superior en el grupo en el grupo de pacientes de 60 años a más, siendo estos 18 pacientes (29%).

Los resultados del puntaje total para el dominio urogenital, fue mayor de 3 puntos en 154 pacientes que representa 38.9%, siendo este el dominio más afectado en el presente estudio. Estos resultados concuerdan con los comentarios realizados por Storch E, en su exposición de sexualidad y calidad de vida en la post menopausia, donde expone que los síntomas urogenitales que manifiesta la mujer en la post menopausia son mayores que otros síntomas, y que son motivo principal de consulta permanente en Uruguay y Argentina, que en algunos casos logra ser hasta un 45% del total de las consultas. Reportes realizados por Chedraui P, tanto para la población latinoamericana como para la población venezolana, las puntuaciones del dominio urogenital son mayores, por lo cual existe una mayor afectación respecto a la sintomatología urogenital ³⁷. Por otra parte Resulta interesante resaltar que los puntajes de los dominios somáticos y psicológicos son mayores respecto al dominio urogenital, a pesar de existir una diferencia altamente significativa en cuanto a la sintomatología urogenital en las menopáusicas bajo Terapia de Reemplazo Hormonal al compararse con el grupo de las no tratadas. Esta misma observación, de que habría un mayor compromiso en la esfera psicológica y somática que en la urogenital ha sido descrita en otros países latinoamericanos como Chile, a diferencia de lo que se ha observado en países de otros continentes, tal como lo describe Aedo S, Porcile A⁷.

De acuerdo a los estadísticos realizados para determinar el severidad y su relación con los grupos de edad, se puede afirmar que si existe diferencia significativa en los grupos de edad en relación a los dominios psicológico y urogenital. Y en la dimensión global de la Escala de Puntuación en Menopausia, presenta diferencia significativa con los grupos de edad, por ello se puede describir que la edad influye en el deterioro de la calidad de vida (χ^2)($p < 0,05$). Estos datos coinciden con los diversos estudios publicados por Heinemman K, Chedraui P. donde se afirma que la edad es el factor más importante que deteriora la calidad de vida en forma global

27,28,37

El análisis estadístico realizado para determinar la influencia del uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal con respecto a los dominios, se puede afirmar que no existe diferencia significativa entre el uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal con respecto a la severidad de los dominios somáticos, psicológicos y urogenital. Por ello se podría afirmar que la Terapia de Reemplazo Hormonal no influye en el deterioro de la calidad de vida de acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, Esta demostrado que la terapia hormonal no aumentarán las fantasías sexuales, no mejorará la libido y el deseo sexual, puesto que estos fenómenos no se afectan con la disminución de los estrógenos o dependen de los andrógenos, la terapia hormonal brinda bienestar , mejorías de ánimo, disminución de la fatiga, disminución del agotamiento, además de la disminución de los dolores óseos, la mejoría del trofismo de la piel, la disminución de la depresión, mejorar del carácter, que son factores que influyen indirectamente en beneficios en respuestas de tipo sexual, aspectos que no concuerdan con los señalados por Vásquez D, en su presentación de Terapia Hormonal de Reemplazo: evidencia actual⁴⁴.

Diversos estudios randomizados controlados han demostrado que la terapia hormonal es altamente significativa en aliviar los síntomas climatéricos y mejorar la calidad de vida, En el presente estudio, el grupo no precisó el tiempo de uso de terapia hormonal y su respectiva adhesión a las mismas, asimismo el grupo de pacientes que refería ser usuaria de la terapia hormonal era muy pequeño 56 pacientes (14%), por lo cual hace difícil comparar estos resultados con otros de mayor significancia, estos hallazgos coinciden con los descritos por Del Prado. Estos resultados obtenidos no coinciden con los reportes y recomendaciones de Internacional Menopause Society, descritas recientemente por Danckers L, Matzumura J, donde se señala la importancia de los beneficios del uso de la terapia hormonal, para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio ^{1,10,15}.

Con respecto al uso de la terapia alternativa y su relación con la severidad se puede afirmar que esta influye para determinar la severidad del dominio psicológico, aspecto que no está presente en los otros dominios. Estudios realizados por Fernández Moya JM, refieren que la terapia alternativa brinda una mejoría en la sintomatología vasomotora. Y su uso debe de ser restringido ya que no existe ningún

estudio científico riguroso que avale su confiabilidad y uso. Asimismo no existen datos suficientes confiables que confirmen los posibles efectos derivados de su empleo a mediano y largo plazo. Al respecto no se encuentra una relación directa entre los hallazgos encontrados en este estudio y los referidos por otros investigadores o en todo caso las publicaciones aún son controversiales ³⁴.

El análisis realizado a la presencia de alguna enfermedad y su relación a la severidad de los dominios, se puede afirmar que la existencia de alguna enfermedad influye en la severidad del dominio psicológico y urogenital, y dentro del análisis de la dimensión global se presenta una diferencia significativa en relación a la presencia de una enfermedad, es decir la enfermedad influye directamente en el deterioro de la calidad de vida de las pacientes durante el climaterio.

Estos resultados encontrados son un aporte al conocimiento de la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio. Es indudable que aún falta desarrollar otros estudios que permitan evaluar otros componentes de la calidad de vida relacionados a la salud y las intervenciones terapéuticas como la terapia de reemplazo hormonal⁴⁸. Por ello, los profesionales de la salud deberían también enfocarse en la orientación, educación y apoyo emocional de las mujeres, lamentablemente, muchos profesionales centran su atención en un modelo tradicional enfocado a la patología que presenta la mujer, sin evaluarla integralmente. En la medida que la atención de salud se focalice en las necesidades de las mujeres durante la etapa del climaterio se podrá lograr que ellas sean activas en su propio cuidado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- Conclusiones

- a. Un tercio de las mujeres estudiadas en la presente investigación presenta un deterioro severo de su calidad de vida 126 (31.8%) para ello se utilizó el instrumento Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale), que es utilizado en diversos países de la región de Latinoamérica.
- b. El dominio urogenital es el dominio más afectado obteniendo una puntuación media de 3.3 ± 2.9 en comparación del dominio somático y psicológico. Las pacientes severamente afectadas en este dominio fueron 154 pacientes (38.9%) y seguida del dominio psicológico obteniendo una puntuación de 5.0 ± 3.7 que representaron 133 pacientes (33.6%).
- c. Con respecto a la edad de las pacientes, se puede confirmar que esta influye en el deterioro de la calidad de vida, con un nivel de significancia para el dominio psicológico ($p < 0.003$), para el dominio urogenital ($p < 0.001$) y para el puntaje total ($p < 0.001$). Las características de la población estudiada con respecto a la distribución por edades son similares a otros estudios realizados en Latinoamérica.
- d. La presencia de alguna enfermedad en las pacientes influye en la severidad del dominio psicológico y urogenital respectivamente, por ello la calidad de vida se encuentra severamente deteriorada en estas pacientes ($p < 0.001$).
- e. El síntomas más referido en el dominio somático corresponde a las molestias musculares y articulares, en el dominio psicológico el síntoma más referido es el cansancio físico y mental, y en el dominio urogenital el síntoma más referidos son los problemas sexuales.

2.- Recomendaciones

- a. Ampliar los estudios sobre la influencia de la terapia de reemplazo hormonal en mujeres durante el climaterio, para demostrar científicamente sus beneficios para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio.
- b. Realizar un estudio de viabilidad para implementar una Unidad de Climaterio en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, que permita brindar medidas preventivo promocionales y con ello prevenir patologías de alto costo.
- c. Incorporar y ampliar los contenidos básicos sobre el estudio del climaterio en los diversos planes de estudio de los profesionales de la salud, así como socializar los diversos documentos normativos, protocolos y guías elaborados por las entidades oficiales en el estudio del climaterio; como la Sociedad Peruana del Climaterio y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
- d. Promover el uso del instrumento Escala de Puntuación en Menopausia (Menopause Rating Scale) en otras instituciones y/o otras poblaciones, debido a su fácil adaptabilidad, aplicación y aceptación por parte de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Matsumura J, Epidemiología de la menopausia: Impacto en la Calidad de Vida. IX Curso Internacional del Climaterio y Menopausia – I World School for Study of Menopause. Lima 2-4 julio de 2009.
2. Schneider HPG, Heinemann LAJ, Thiele K: The Menopause Rating Scale (MRS): Cultural and linguistic translation into English. Life and Medical Science Online 2002, 3:DOI:101072/LO0305326.
3. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio. Calidad de vida, el gran desafío. El impacto de la menopausia. Disponible en: <http://www.aapec.org/comunidad/22.htm> (con acceso el 2 de junio de 2010).
4. Blümel JE, Roncagliolo ME, Gramegna G, Tacla X, Sepulveda H. Prevalencia de síntomas psíquicos y vasomotores en diferentes períodos del climaterio. Rev Chil Obstet Ginecol 1997; 62(6): 412-8.
5. Utian WH. The Internacional Menopause Society menopause-related terminology definitions. Climateric 1999;84:300-303.
6. Utian WU, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. Menopause 2002;9(6):402-10.
7. Aedo S, Porcile A, Iribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71: 402-9.
8. Buendía J, Rodríguez R, Yubero N, Martínez V. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. Aten Primaria 2001;27(2):94-100.
9. Burger HG, Dudley EC, Robertson DM, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. Recent Prog Horm Res 2002; 57: 257-75.
10. Danckers L, Recomendaciones de International Menopause Society, IX Curso Internacional del Climaterio y Menopausia – I World School for Study of Menopause, Lima 2-4 julio 2009.
11. Rodríguez C, Vargas C F. estado de bienestar existencial de mujeres climáticas y menopáusicas. Revista Iberoamericana de Revisiones en Menopausia 2000; 2(4):7-12.

12. Palacios S, Ferrer J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M. Design of a new specific quality of life scale for menopause in Spanish language, The Cervantes Scale. *Climateric* 2002;5(1):159.
13. Palacios S, Ferre-Barrientos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia. Desarrollo y validación de la Escala de Cervantes. *Med Clin (Barc)* 2004;122(6):205-11.
14. Téxon-Fernández O, Márquez-Celedonio F, Calidad de vida en mujeres climáticas con y sin terapia hormonal de reemplazo. *Rev. Medica Instituto Mexicano del Seguro Social* 2006;44(6): 541-545.
15. Del Pardo M, Fuenzalida, Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS *Revista Medica Chilena* 2008; 136:1511-17.
16. Burger HG, Dudley EC, Robertson DM, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. *Recent Prog Horm Res.* 2002; 57: 257-75.
17. Buckler H. The Menopause Transition: endocrine changes and clinical symptoms. *J Br Menopause Soc* 2005; 11: 61-5.
18. Executive Summary: Stage of Reproductive Aging Workshop (STRAW) Park City, Utah, July 2001. *Menopause* 2001;8:402-7.
19. The North American Menopause Society Menopause National Guideline clearinghouse, Clinical challenges of perimenopause: Consensus opinion 2000.
20. National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science. Conference Statement. Management of Menopause-Related Symptoms. *Ann Intern Med* 2005;142:1003-13.
21. Sociedad Peruana del Climaterio, Guía de Practica Clínica sobre Climaterio y Menopausia. Lima 2008.
22. Siseles N.O., Gutiérrez A.P., Sayegh F.C. The climacteric in Latin America: Actual state and future trends. *The Menopause at the Millennium. The Proceedings of the 9th International Menopause Society World Congress on the Menopause.* Yokohama, Japan. The Parthenon Publishing Group New York, London; 2000:108-116.

23. Genazzani A.R. Menopausia: factores que afectan la calidad de vida. Disponible en:<http://www.womanlab.com/spanish/professionals/menopausalIssues2>. (con acceso el día 11 de junio de 2009).
24. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, Cencelo MJ, Bonilla H, Muñoz I ET AL. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 2004; 48: 425-31.
25. Blümel JE, Castelo-Branco C, Kerrigan N, Cencelo MJ, Blümel B, Haya J, et al. Influences of hormone replacement therapy on postmenopausal women's health perceptions. *Menopause* 2003;10:235-40.
26. Blümel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000;34:17-23.
27. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG: International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Quality Life Outcomes* 2003, 1:28.
28. Heinemann L. About the MRS. Menopause rating scale. Center for Epidemiology and Health Research, Berlin. Disponible en: <http://www.menopause-rating-scale.info/>. (con acceso el 30 de mayo 2009).
29. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 2004-2006. INEI Perú.
30. Siseles N, Pecci C, Gutiérrez P, Calidad de vida en la menopausia: construcción de un cuestionario para su evaluación en Argentina. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 2008,54(1):40-54.
31. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, et al. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertil Steril* 2001; 76:44-48
32. Noto R, Rapisarda A, Mirabella C, et al. Blood pressure variations assessed by continuous 24- hour monitoring in menopausal and climacteric women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2000; 4:25.
33. Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288:321-333.
34. Fernández Moya JM, Calleja J. Situación del tratamiento del síndrome vasomotor. *Ginecología y Obstetricia clínica* 2005; 6(1):53-61.
35. Basson R. Female sexual response. The role of drugs in the management of its dysfunction. *Obst Gynecol* 2001; 98(2) 350-3.

36. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro- Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2008;59:182-90.
37. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, Belzares E, Bescome A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: A multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008; 61:323-9.
38. Genazzani A, Nicolucci C, Campagnoli P et al. Validation of Italian version of the Women's Questionnaire: assessment of quality life of women from the general population and attending menopause centers. *Climacteric* 2002; 5:70-7.
39. Ortiz N, Mariño C y col. Influencia del climaterio en la calidad de vida. Facultad de Medicina. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Tesis de Epidemiología). Santa Fé de Bogotá Colombia; 2000.
40. Chávez-Ayala R, Andrade-Palos P, Rivera-Rivera L. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Publica Mex* 2002;44:385-391.
41. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Methods for the quality of life assessment. *Salud Publica Mex* 2002; 44:1-15.
42. Lizan R, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas coop/wonca. *Aten Primaria* 2002;29:128-138.
43. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2000;14(2):163-7.
44. Storch E. Sexualidad y calidad de vida en la postmenopausia. X Curso Internacional del Climaterio. Lima, 21-22 de julio de 2011.
45. Vasquez D, Terapia hormonal de reemplazo; evidencia actual. X Curso Internacional del Climaterio. Lima, 21-22 de julio de 2011.
46. Ethnic differences in vasomotor symptoms and blood pressure during menopause. In *Ethnicity & disease*, student researcher: Stacey torigoe, Waiakea High School Mentor: Daniel E Brown, PHD. University of Hawaii at Hilo. Vol 18, Spring 2008.
47. Siseles N, Gutierrez P. Sociocultural aspects in Latin American postmenopausal woman. En: *Book of Abstracts of the XVIII FIGO World Congress of Gynecology & Obstetrics*, November 5-10, 2006 Kuala Lumpur, Malasia.

48. Cerda P, Pino P, Urrutia MT, Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2006; 71 (3) 216-21.
49. Hays J, Ockene J, Brunner R, Kotchen J, Manson J, Patterson R et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. N Engl J Med 2003; 348 (19): 1839-54.

ANEXO A






CODIGO

--	--	--	--	--	--	--

Escala de Puntuación en Menopausia (MRS)

Con el objeto de conocer sus molestias climatéricas le solicitamos responder el siguiente cuestionario marcando el casillero correspondiente

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con que intensidad?

Tipo de molestia. (Marque la casilla pertinente de cada molestia con una "X". Ejemplo, marque en casilla 0 cuando "no tiene molestia" y en la casilla 1 a la 4 según como sienta la intensidad de la molestia).		¿Cómo son sus molestias?				
		No siente molestia (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severo (3)	Muy severo (4)
						
1	Bochornos, sudoración y calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión en el pecho).					
3	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco).					
4	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos).					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante).					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico).					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menos satisfacción sexual).					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina Más veces, urgencia de orinar, se le escapa la orina).					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales).					

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:_____

Nombres y Apellidos:_____DNI:_____

He sido invitada a participar en el estudio “Evaluación de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la Clínica Centenario Peruano Japonesa 2010”.

Entiendo que mi participación consistirá en responder las preguntas del cuestionario. He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que responder a las preguntas del cuestionario de la investigación.

Paciente

Hugo Gutiérrez C
Investigador

ANEXO C

FORMATO DE REGISTRO DE DATOS GENERALES

Edad	<input type="text"/>
------	----------------------

Educación							
Primaria	<input type="text"/>	Secundaria	<input type="text"/>	Superior	<input type="text"/>	Universitaria	<input type="text"/>

Ocupación							
Hogar	<input type="text"/>	Empleada	<input type="text"/>	Profesional	<input type="text"/>	Independiente	<input type="text"/>

Estado civil									
Soltera	<input type="text"/>	Casada	<input type="text"/>	Conviviente	<input type="text"/>	Divorciada	<input type="text"/>	Viuda	<input type="text"/>

Terapia de reemplazo hormonal			
Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>

Terapia alternativa			
Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>

Paridad	
Número de hijos	<input type="text"/>

Enfermedades:	<input type="text"/>
---------------	----------------------

ANEXO D

JUICIO DE EXPERTOS

TESIS

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DURANTE EL CLIMATERIO EN LA CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA 2010”

Nº DE EXPERTO	PREGUNTAS													
	1	2.1	2.2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
EXPERTO 1	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D
EXPERTO 2	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D
EXPERTO 3	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D
EXPERTO 4	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	D

Experto 1

Dr. Juan P. Matsumura Kasano
CMP 10532
Past Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio
Primer Vicepresidente de FLASCYM



Experto 2

Dr. Luis F. Danckers Peralta
CMP 13829
Past Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio
Miembro de IMS



Experto 3

Dr. J. Ricardo Olavide Proaño
CMP 11829
Past Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio



Experto 4

Dr. Roberto A. Sano Ito
CMP 13132
Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio



COEFICIENTE DE FIABILIDAD DE HOLSTI: Índice de validez equivale a 1

$$C = \frac{4M}{n1+ n2+ n3+ n4}$$

4 : Número de expertos

M : Número de coincidencias entre los expertos

n1 : Nº de preguntas realizadas al experto 1

n2 : Nº de preguntas realizadas al experto 2

n3 : Nº de preguntas realizadas al experto 3

n4 : Nº de preguntas realizadas al experto 4

TESIS

“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DURANTE EL CLIMATERIO EN LA CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA 2010”

GUIA PARA EL EXPERTO PARA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Instructivo:

Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias con relación a los ítems propuestos. Emplee los siguientes criterios

A = De acuerdo

D = En desacuerdo

	ASPECTOS A CONSIDERAR	A	D
1.	¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?		
2.	¿Las preguntas realmente miden las variables? :		
	Variable independiente		
	Variable dependiente		
3	¿El instrumento persigue el fin del objetivo general?		
4	¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?		
5	¿Las ideas planteadas son representativas del tema?		
6	¿Hay claridad en los ítems?		
7	¿Los ítems despiertan ambigüedad en sus respuestas?		
8	¿Las preguntas responden a un orden lógico?		
9	¿El número de ítems por dimensiones es adecuado?		
10	¿El número de ítems por indicador es adecuado?		
11	¿La secuencia planteada es adecuada?		
12	¿Las preguntas deben ser reformuladas?		
13	¿Deben considerarse otros ítems?		

Observaciones

--

Sugerencias

--

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO E

PRUEBA DE CONFIABILIDAD PARA LA ESCALA DE PUNTUACIÓN EN MENOPAUSIA

PROYECTO DE TESIS "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER DURANTE EL CLIMATERIO EN LA CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA 2010"												
PRUEBA DE CONFIABILIDAD												
Nº Formularios	PREGUNTAS											TOTAL
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	Filas
1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
2	1	0	1	2	2	1	1	2	1	1	0	12
3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3
4	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	20
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	1	13
7	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	4
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	0	0	2	0	1	0	1	2	0	2	9
10	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	4
11	1	0	2	2	1	1	1	2	2	3	3	18
12	1	1	1	1	0	1	0	1	4	0	1	11
13	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
14	1	0	2	2	3	3	3	1	2	2	2	21
15	2	0	3	1	2	2	2	3	1	1	3	20
16	0	2	1	2	1	1	2	0	1	3	2	15
17	4	3	0	3	1	0	1	2	1	2	1	18
desvestandar	1,12	0,94	0,95	0,92	0,95	0,90	0,99	0,88	1,09	1,13	1,09	7,54
varianza	1,25	0,89	0,90	0,85	0,90	0,82	0,99	0,78	1,18	1,28	1,18	56,82

suma de varianzas **11,02**

alfa= **0,89**

ELABORADO POR: HUGO GUTIÉRREZ

$$r_r = \frac{n}{n-1} \cdot \frac{S_r^2 - \sum S_j^2}{S^2}$$

En donde:

r_r = coeficiente de confiabilidad;

n = número de ítems;

S_r^2 = varianza total de la prueba; y

$\sum S_j^2$ es la suma de las varianzas individuales de los ítems.

ANEXO F

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Dimensiones	Indicadores	Técnica o instrumento de medición
Edad	Edad cumplida en años	Cuantitativa	Intervalo		40 – 49 50 – 59 60 a más	Hoja de registro
Calidad de vida	Se define como el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud	Cualitativa	Ordinal	<div>Dimensión somática</div> <div>Dimensión psicológica</div> <div>Dimensión urogenital</div>	<div>Bochornos, sudoraciones, calores.</div> <div>Molestias al corazón.</div> <div>Dificultades en el sueño</div> <div>Molestias musculares y articulares</div> <div>Estado de ánimo depresivo.</div> <div>Irritabilidad.</div> <div>Ansiedad.</div> <div>Cansancio físico y mental.</div> <div>Problemas sexuales.</div> <div>Problemas con la orina.</div> <div>Sequedad vaginal.</div>	Cuestionario de Escala de Puntuación Menopáusica MRS